

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**“PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS
DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS
DE EDAD PERTENECIENTE A LA JURISDICCIÓN DEL C. S. BOLOGNESI,
TACNA AL AÑO 2008”**

**Tesis para optar el Título Profesional de
CIRUJANO-DENTISTA**

Presentado por:

SERGIO ARMANDO MONTERO YANARICO

Bachiller en Odontología

TACNA – PERÚ

2009

AESORES:

C.D. GUSTAVO ALLASI TEJADA

DR. EDUARDO OJEDA LEWIS

JURADOS:

MAG. NELLY KUONG GÓMEZ

C.D. ANGELA AQUIZE DÍAZ

C.D. JORGE MONTOYA PORTUGAL

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico en primer lugar a Dios, quien veló por mi salud para que se cumplieran todos mis logros hasta este momento.

A mi familia, que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona, a mi madre, Ana Rosario Yanarico López, quien siempre confió y me brindó su apoyo constante en esta larga trayectoria para lograr me profesionalmente y a mis hermanos Jhonatan y Milagros por darme la suficiente fuerza y ánimo para seguir adelante en este largo camino.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores, el Dr. Eduardo Ojeda Lewis y el C.D Gustavo Allasi Tejada, los cuales me guiaron con sus conocimientos para realizar el presente trabajo.

A la Mag. Nelly Kuong Gómez quien me brindó sus conocimientos y sobre todo su apoyo desde mi ingreso a la Clínica Docente Médico – Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

A todos los docentes de la Escuela Profesional de Odontología quienes me han forjado como un profesional en esta vida universitaria tanto fuera como dentro de las aulas de clase.

A mis amigos del colegio los cuales siempre confiaron en mi persona para llegar a ser lo que soy ahora, gracias por estar en las buenas y en las malas.

A mis compañeros de clase en la universidad quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

A todos los que pusieron su granito de arena para la realización de este tema de investigación.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I El Problema de Investigación	3
1.1 Fundamentación del Problema	3
1.2 Formulación del Problema	6
1.3 Objetivos de la Investigación	7
1.4 Justificación del Estudio	8
1.5 Definición de términos básicos	10
Capítulo II Revisión Bibliográfica	13
2.1 Antecedentes de la Investigación	13
2.2 Marco Teórico	22
2.2.1 Automedicación	22
2.2.1.1 Definición de Automedicación	23
2.2.1.2 Automedicación Responsable	26
2.2.1.3 Automedicación en el Perú	27
2.2.1.4 Postura de la Asociación Médica Mundial	28
2.2.1.5 Factores predisponentes según la OMS	28
2.2.2 El Dolor y la Inflamación Oral	31
2.2.2.1 Definición de Dolor	31
2.2.2.2 Características del Dolor	32
2.2.2.3 Dolor Dentinal	33
2.2.2.4 Dolor Inflamatorio	34
2.2.2.5 Etiología del Dolor	36
2.2.2.6 Definición de Inflamación	38
2.2.3 Medicina Convencional (Farmacología)	39
2.2.3.1 Antiinflamatorios No Esteroides (AINES)	41
2.2.3.2 Clasificación de los AINES	42
2.2.3.3 Mecanismo de Acción de los AINES	43
2.2.3.4 Contraindicaciones de los AINES	45
2.2.3.5 Antibióticos	45
2.2.3.6 Clasificación de los Antibióticos	45
2.2.3.7 Determinantes de la sensibilidad del microorganismo	48
2.2.3.8 Resistencia Bacteriana	48
2.2.4 Medicina alternativa	51
2.2.4.1 Definición de Medicina Alternativa	52
2.2.4.2 Clasificación de la Medicina Alternativa	53
2.2.4.3 Herbolaria	54
2.2.4.4 Tratamientos Farmacobiológicos	58
2.2.5 Centro de Salud Bolognesi	58
2.2.5.1 Ubicación	58
2.2.5.2 Jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi	59
2.2.5.3 Urbanizaciones	59

2.2.5.4 Juntas vecinales	59
2.2.5.5 Población por etapas de vida	60
Capítulo III Hipótesis, Variables y Definiciones Operacionables	61
3.1 Hipótesis	61
3.2 Variables	61
3.3 Cuadro de Operacionalización de las Variables	62
Capítulo IV Metodología de la Investigación	63
4.1 Tipo y Diseño de la Investigación	63
4.2 Población y Muestra	63
4.3 Tamaño de la Muestra	63
4.3.1 Criterios de Inclusión	64
4.3.2 Criterios de Exclusión	65
4.4 Instrumento de Recolección de Datos	65
4.4.1 Procedimiento	66
4.5 Procedimiento de análisis de datos	66
4.5.1 Revisión	66
4.5.2 Codificación	66
4.5.3 Procesamiento de Datos	67
4.5.4 Presentación de Datos	67
Capítulo V Resultados e Interpretación de Datos	68
Capítulo VI Discusión	111
Capítulo VII Conclusiones	117
Capítulo VIII Recomendaciones	119
Bibliografía	121
Anexos	127

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud bucal en nuestra población continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos etáreos, los cuales si no son tratados a tiempo pueden llegar a afectar la calidad de vida de las personas.

El dolor, por ser la principal referencia en cuanto a las condiciones bucales y producir malestar general, induce a la búsqueda de soluciones en forma inmediata, ya sea con remedios caseros, uso de fármacos o acudiendo al odontólogo. (1)

Es por eso que definimos a la automedicación como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico” (2). Esto deja de lado al facultativo, el cual orienta a los pacientes sobre una mejor solución, prescribiendo razonablemente o tal vez ejecutando prácticas no farmacológicas.

Todo esto nos hace plantear el siguiente objetivo: Determinar la prevalencia de automedicación en la población mayor de 20 años pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi al año 2008.

Se revisarán los antecedentes sobre automedicación, su definición y complicaciones, además incluye el dolor e inflamación con sus características y la elección de soluciones, ya sea con la medicina convencional o alternativa.

Con todo esto, al final determinaremos el comportamiento de la población, sus actitudes y razones por las cuales eligieron la automedicación, para después establecer posibles soluciones a este problema de orden público

El trabajo de investigación estará estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo I, veremos la fundamentación y formulación del problema; los objetivos generales y específicos; justificación del estudio y la definición de términos.

En el Capítulo II, trataremos los antecedentes de la investigación y el marco teórico.

En el Capítulo III, veremos la hipótesis y la operacionalización de las variables.

En el Capítulo IV, trataremos la Metodología de investigación que incluye: diseño, ubicación del estudio, población y muestra, variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos.

En el Capítulo V, veremos los resultados y la interpretación de los datos obtenidos.

En el Capítulo VI, veremos la discusión con los antecedentes bibliográficos consultados.

Finalmente en los Capítulos VII y VIII, veremos las conclusiones y recomendaciones respectivamente.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La inflamación y el dolor han vivido con el ser humano desde siempre, determinando un sistema de alarma ante algún tipo de injuria. Es por eso que las personas ante todo esto buscan la manera de cómo evitar o atenuar dicha molestia, ya sea tomando lo que esté a su alcance, o comprando algún medicamento; estas acciones, por las cuales las personas adquieren o usan dichas sustancias sin previa información de un facultativo se denomina “automedicación”.

La automedicación se define clásicamente como el "consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico". (2)

A lo largo de la historia de la Humanidad, la automedicación, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. El ámbito familiar y/o tribal ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada entorno cultural, traspasando verbalmente dichos conocimientos a las sucesivas generaciones. Así, se convierte en una práctica frecuente en el mundo, pero sin hacer relevancia en el papel fundamental de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos. (3)

La automedicación es un fenómeno que se ha ido incrementando a través del tiempo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública,

debido a que la farmacia comunitaria ha sido un área poco estudiada, en cuanto a la dispensación de medicamentos, a su utilización por las personas y al rol que cumple el químico farmacéutico (4). A esto podría sumarse la aparición de nuevos fármacos y su introducción al mercado a través de medios como la televisión o radio, los cuales promueven su uso sin informar sobre el uso adecuado de éstos.

Las desventajas o complicaciones que pueda producir la automedicación serían las siguientes: enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión hacia la resistencia a los medicamentos empleados, fomento de la farmacodependencia, trastornos de la conducta y del rendimiento académico. (5)

Se han elaborado trabajos en los cuales afirman que los medicamentos más usados por iniciativa propia de las personas son los AINES, seguidos por los antibióticos (5); y, a su vez existen otros temas en los cuales se habla de los efectos adversos en el organismo ya sea a nivel renal, gástrico (6) o hepático. (7). Esto sin dejar de lado, la gran aceptación de la medicina alternativa por parte de las personas en la actualidad.

Tanto la medicina convencional como la alternativa, brindan productos que son usados para el alivio de la sintomatología, produciendo analgesia, desinflamación o actuando frente a infecciones, pero, que al ser mal empleados, éstas pueden no ejercer su efecto terapéutico y en el peor de los casos actuando contra el mismo organismo como se refirió en el párrafo anterior, todo esto debido a la falta de conocimiento ya sea respecto al producto a emplear, dosis o métodos de aplicación.

Diremos entonces que, la automedicación deja de lado al profesional, en este caso al odontólogo, el cual se encarga de diagnosticar, prescribir y poner en práctica el tratamiento más adecuado según el caso.

Adicionalmente mencionamos a la Industria Farmacéutica, que influye en la manera de pensar de las personas, la cual muchas veces brindando información incompleta o engañosa genera confusión en la población, al punto de hacer uso de la palabra medicamento como sinónimo de “salud”. (5)

Cabe nombrar que el Químico Farmacéutico cumple un rol importante en esta práctica denominada automedicación, ya que ésta abarca la decisión tomada por el paciente ante recomendaciones de terceras personas, y no sólo estas, sino también al cambio de la dosificación, o incluso del mismo medicamento por otro que el mismo paciente crea conveniente.

En nuestra localidad se pueden acceder a los medicamentos no sólo en las farmacias, sino también en bodegas y quioscos, lo cual muestra la informalidad por parte de los distribuidores autorizados, contribuyendo al problema de la automedicación.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Pregunta General

¿Cuál es la prevalencia de automedicación frente a síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008?

1.2.2 Preguntas Específicas

- a. ¿Cuál será la prevalencia de automedicación según edad, sexo, grado de instrucción, actividad económica y posesión de un seguro en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008?
- b. ¿Cuál será la prevalencia del uso de métodos alternativos frente a signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008?
- c. ¿Cuáles serán los fármacos que son usados con mayor frecuencia frente a signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.
- d. ¿Cuál será la frecuencia de la población que acude al odontólogo después de haberse automedicado con algún fármaco al año 2008?

- e. ¿Por qué motivos la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi decide automedicarse en lugar de acudir al odontólogo?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de automedicación en pacientes que presentaron signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años perteneciente a la jurisdicción de C. S. Bolognesi al año 2008.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar la prevalencia de automedicación según edad, sexo, grado de instrucción, actividad económica y posesión de un seguro de la población perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.
- b. Determinar la prevalencia del uso de métodos alternativos frente a signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.
- c. Establecer los fármacos que son usados con mayor frecuencia frente a signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.

- d. Medir la frecuencia de la población que acude al odontólogo después de haberse automedicado con algún fármaco al año 2008.
- e. Mostrar alguno de los motivos por los cuales la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi decide automedicarse en lugar de acudir al odontólogo.

1.4 Justificación del Estudio

Como se refirió anteriormente, existen investigaciones que determinan el índice de automedicación, llegando todos a la conclusión que es un problema de salud pública, sin embargo no hallamos estudios referentes al tema en nuestra localidad.

Se desarrolla este tema debido a la deficiencia por parte de los programas de salud que promuevan y orienten a la población sobre las desventajas o aspectos negativos de la automedicación, ya sea con la medicina convencional o alternativa.

Analizamos la automedicación y las repercusiones que tiene ésta en la cavidad bucal debido a su uso para aliviar o atenuar la sintomatología más común (dolor e inflamación), la cual podría a su vez agravar la patología de fondo. Asimismo el acceso a estos fármacos es sumamente sencillo en farmacias, bodegas y hasta quioscos.

Es otro factor influyente la prescripción de medicamentos por personal que labora en las farmacias como los Químico Farmacéuticos y ayudantes, los cuales no se encuentran capacitados para prescribir la medicación adecuada. Lo cual se encuentra en el artículo 26 de La Ley General de la Salud, desarrollado en el marco teórico.

Realmente con este problema podemos decir que la sociedad “medicaliza su salud”, y carece de la instrucción y cultura necesaria para asumir la necesidad de acudir a un profesional médico-odontólogo.

Así mismo la publicidad con frases como “más salud al mejor precio” podría fomentar la automedicación indiscriminada.

Es por eso que los resultados y aportes de este estudio, pueden contribuir al mayor conocimiento con respecto a la automedicación y las consecuencias clínicas en la cavidad bucal específicamente, ya que la población tiende a ingerir sustancias como remedios caseros o medicamentos cuando sólo presentan sintomatología.

Los hallazgos podrán proporcionar información que sirva de base, ayuda, consulta o referencia a futuras investigaciones similares o de otra naturaleza que brinden soluciones o alternativas a otros problemas colaterales

1.5 Definición de Términos Básicos

- **Acceso a servicios de salud:** El acceso a servicios de salud se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. Es un término general que es afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica. (8)
- **Analgesia:** Carencia de dolor sin pérdida de la conciencia. (9)
- **Automedicación:** La automedicación se define clásicamente como el "consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico". (2)
- **Dolor:** Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, sordo o vivo, localizado o difuso. (9)
- **Estomatología:** Estudio de la morfología, estructura, función y enfermedades de la cavidad oral. (9)
- **Fármaco o medicamento:** Cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en el músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad. (9)

- **Frecuencia:** Proporción entre el número de personas que presenta una determinada característica y la población total estudiada. (9)

- **Grupo Etáreo:** Es la reunión o conjunto de individuos que tienen algo en común. En este caso referido a la ubicación en la cual residen para conformar la muestra de la investigación. (10)

- **Inflamación:** Respuesta defensiva del organismo frente a un agente irritante o infeccioso. Puede ser aguda o crónica. Los signos son rubor, tumor, calor y dolor, junto con trastorno o impotencia funcional. (9)

- **Medicina Alternativa:** Se define como un conjunto de prácticas terapéuticas que no están en conformidad con los estándares actuales de la comunidad médica. Dentro de la medicina alternativa tenemos: Intervenciones corporometales, Terapias bioelectromagnéticas, Sistemas alternativos a la práctica médica (Medicina Tradicional), Métodos de curación manual, Tratamientos farmacológicos y biológicos, Herbolaria, Dieta y nutrición. (11)

- **Prescripción:** Receta de un medicamento, medio o instrumento terapéutico prescrita por una persona autorizada y recibida por otra persona autorizada para dispensar o realizar la orden. (9)

- **Prevalencia:** Término genérico que se emplea para caracterizar la frecuencia de una enfermedad u otro fenómeno en un momento determinado y en relación con la población donde se registra. (10)

- **Síntoma:** Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente. Muchos síntomas se acompañan de signos objetivos. (9)

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de la investigación nos permitirán una adecuada comparación y ubicación analítica del problema en investigación.

2.1.1 Internacionales

2.1.1.1-Título: Análisis y cuantificación de los patrones de Automedicación en Usuarios de farmacias Salcobrand de Valdivia.

Autor: Fuentes Albarrán, Catherine Andrea.

Lugar y Fecha: Valdivia-Chile, 2006.

Resumen: La automedicación es un fenómeno que se ha ido incrementando a través del tiempo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública. En nuestro país no existen estudios o publicaciones que permitan valorar la real magnitud de esta práctica, debido a que la farmacia comunitaria ha sido un área poco estudiada, en cuanto a la dispensación de medicamentos, a su utilización por parte de los usuarios y a la percepción del químico farmacéutico como un profesional de la salud. Con el objetivo de caracterizar este comportamiento, se realizó un estudio observacional transversal en tres locales de farmacias Salcobrand de la ciudad de Valdivia, utilizando para ello un formulario de

recolección de datos, previamente validado. La encuesta se aplicó a usuarios voluntarios-anónimos que solicitaron medicamentos sin prescripción médica, con el objeto de determinar los patrones que impulsan la práctica de automedicación y, a la vez, prevenir y disminuir este hábito a través de educación e información al paciente. Del total de 909 personas encuestadas, 75,4% se automedican, siendo el motivo más frecuente síntomas leves con un 30,8%, los más señalados fueron: el dolor de cabeza (19%), resfrío común (8,8%), dolores musculares (6,7%) y de huesos (5,3%). El grupo terapéutico de medicamentos más solicitados fueron los AINES con un 33,2%. Dentro de este grupo, destaca la solicitud de diclofenaco con un 13,5%. La influencia de terceras personas para que el paciente/cliente solicite medicamentos sin receta, no sobrepasó el 20%. La repetición de antiguas prescripciones alcanzó el 45,7%. Existen diferencias significativas al evaluar el conocimiento, la lectura del prospecto y la opinión de los pacientes/clientes sobre la automedicación en cada una de las farmacias evaluadas. Finalmente, los resultados revelan que la mayor parte de los usuarios de farmacias Salcobrand de Valdivia, se automedican de manera incorrecta e irresponsable, haciendo uso de fármacos de los que no tienen el conocimiento necesario, para iniciar una correcta pauta terapéutica y así, obtener el máximo beneficio evitando riesgos con su medicación. Por ello, la dispensación de medicamentos en farmacias comunitarias, debe contar con la intervención activa del farmacéutico, principalmente para difundir el uso racional de éstos y educar para su correcto uso.

(4)

2.1.1.2-Título: Estudio Observacional sobre el Consumo de Medicamentos en la Población Estudiantil de la Founne.

Autores: Sartirana, María C.; Tejero, Adriana C.; Tarallo, Belén; Torres, Angel G.; Montiel, Pablo; Lotero, Julio C.; Morales, Sergio.

Lugar y Fecha: Argentina, 2007.

Resumen: Objetivo general: Conocer los medicamentos consumidos por estudiantes de Odontología. Objetivos específicos: Cuantificar y establecer la frecuencia del consumo y, Determinar las causas que motivaron el consumo. Material y Métodos: El presente trabajo de investigación es un estudio observacional, descriptivo referido al consumo de medicamentos en la población estudiantil de la Carrera de Odontología. Población de Estudio: Se tomaron para el estudio una población total de 100 (n=100), 20 estudiantes de cada año de la carrera de odontología. Clasificación cuali/cuantitativa de los medicamentos: Para la valoración cualitativa se utilizó la clasificación de Laporte y col, que clasifica a los medicamentos de acuerdo al Valor Terapéutico Potencial Intrínseco. Valor elevado y Valor no elevado (dudoso/nulo, relativo, inaceptable). Se utilizó la clasificación ATC, propuesta por la OMS para codificar y agrupar los medicamentos de acuerdo al lugar donde actúan. Recolección de Datos: Los datos fueron extraídos por monitores a través de una encuesta estructurada con preguntas cerradas y abiertas. Las variables consideradas fueron: edad, sexo, año que cursa, medicamento/s que consume, finalidad terapéutica, quien lo recomendó, influencia de la publicidad. Se tomaron los datos durante toda una semana en el Campus Universitario de la ciudad de Corrientes al azar, en horarios de la mañana cuando los

alumnos asistían a clases. Los datos extraídos fueron volcados a una base de microsoff excel 2003 y analizados posteriormente. Resultados: A) De la totalidad de alumnos encuestados se observó que el 70% consumían medicamentos. La edad se encontraba entre 17 y 30 años. Respecto al sexo se obtuvo lo siguiente: sexo femenino 61, sexo masculino 39. B) De acuerdo a la clasificación ATC los medicamentos más consumidos se detallan en una tabla. C) Dentro del Grupo N (sistema nervioso central incluyendo analgésicos) se observó que el ácido acetilsalicílico fue el más utilizado. D) El fármaco clonazepam fue utilizado en tres oportunidades para la ansiedad en edades comprendidas entre 21,23 y 24 años todas de sexo femenino, en dos oportunidades prescrita por el profesional y en una situación aconsejada por los familiares. El medicamento que contenía ergotamina+dipirona+cafeína+metoclopramida fue utilizado en dos oportunidades para cefalea, prescrita en ambas oportunidades por un profesional. E) De acuerdo a quien le indicó el medicamento se observó lo siguiente: profesional 46, familiares 12; enfermero 2, otros 15 (vecinos, amigos). F) En el 84% de los casos se observó que fueron influenciados por la publicidad. (5)

2.1.1.3-Título: Perfil de Automedicación en los Pacientes Otorrinolaringológicos.

Autores: Alexandre Barbosa Servidoni; Liliane Coelho; Marcos de Lima Navarro; Fernanda Gobbi de Ávila; Raquel Mezzalira.

Lugar y Fecha: Brasil, 2003.

Resumen: Objetivo: Describir los hábitos de automedicación practicados por los pacientes portadores de afecciones otorrinolaringológicas, apuntando a caracterizar aspectos problemáticos y posibles intervenciones. Forma de estudio: Estudio descriptivo. Material y Método: Utilizamos como instrumento para la obtención de los datos de este trabajo un cuestionario en formato de test, conteniendo 17 preguntas sobre los hábitos de automedicación, distribuido a pacientes atendidos en la clínica de otorrinolaringología del Instituto Penido Burnier, durante el mes de julio del 2003. Resultado: Aproximadamente 83 por ciento de los pacientes relataron ya haber usado o comprado medicamentos sin la presencia de una receta médica. Pero, de ese total, 73 por ciento respondieron que tal medicación no requería "presentación obligatoria" de la receta para su compra. Los más utilizados fueron: analgésicos/antitérmicos (90 por ciento), seguidos por los antigripales (78 por ciento) y por los AINES (69 por ciento). Los antibióticos aparecieron en 8 (11 por ciento). Con relación a los motivos o dolencias que los pacientes acreditaban poseer, las cefaleas (76 por ciento), que justificaran la automedicación, observamos: en 1 seguidas por resfriados/gripes (74 por ciento) y por cuadros febriles (56 por ciento). Ya las otitis aparecen en último lugar (12 por ciento). Conclusión: Este trabajo demuestra la necesidad de continuas campañas informativas y conscientizadoras

hacia la población en general de los riesgos de una automedicación innecesaria o equivocada, Más allá de la debida regulación y fiscalización del mercado farmacéutico por las autoridades competentes.(AU).(12)

2.1.1.4-Título: Televisión y Uso de Analgésicos de venta libre por adolescentes.

Autor: Van Den Bulck J. et al.

Lugar y Fecha: Bélgica, 2004.

Resumen: Antecedentes: La propaganda de analgésicos de venta libre en la televisión puede estimular su uso. Objetivo: Explorar la asociación entre el consumo de analgésicos de venta libre y la frecuencia de uso de la televisión entre adolescentes. Métodos: Se utilizó un cuestionario estandarizado autoadministrado entre los estudiantes de primer año (edad promedio = 13,16) y cuarto año (edad promedio = 16,37) de la escuela secundaria en Flanders, Bélgica (n= 2546). La variable independiente fue mirar televisión, y las variables de control fueron: año escolar, género, consumo de alcohol, días de enfermedad, frecuencia de uso de juegos de computadoras y utilización de internet. La variable principal fue el consumo de medicamentos analgésicos de venta libre. Resultados: En promedio, los encuestados miran la televisión unas 3 horas y 18 minutos por día (los hombres más que las mujeres, los estudiantes de primer año más que los de cuarto). La probabilidad de consumo regular de analgésicos era 1,16 veces mayor (IC 95%, 1,08 a 1,24) por cada hora adicional de televisión al día. Para el 10% que veía más la televisión, la probabilidad era 2,30 veces mayor (IC 95%,

1,25 a 4,24) que el 10% que veía menos la TV. La probabilidad de utilización de analgésicos de venta libre fue superior para los que informaron más días de enfermedad durante el año anterior (OR 1,38, IC 95% 1,28 a 1,49), para los usuarios regulares de alcohol (OR 1,33, IC 95% 1,17 a 1,50), y entre las muchachas (OR 1,92; IC 95%, 1,35 a 2,73). Conclusiones: Se encontró una relación entre mirar la televisión y la utilización de analgésicos de venta libre después de controlar por género y medidas de hábitos de vida. Se necesitan más estudios para establecer si esta relación es causal. (13)

2.1.2 Nacionales

2.1.2.1-Título: Automedicación en Cinco Provincias de Cajamarca

Autores: Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Contreras Ríos, Carlos Enrique; Velásquez Hurtado, José Enrique et al.

Lugar y año: Cajamarca-Perú, 2001.

Resumen: La automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo elevado, evitable, caro e ineficaz. **Objetivo:** Este estudio pretende determinar las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2,000, aplicándose una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico. **Resultados:** Se encontró automedicación en 36.19%

de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan" (41.72%). Conclusiones: La automedicación es un problema frecuente en zonas rurales de Cajamarca. Los medicamentos son comúnmente adquiridos en farmacias privadas. Sólo se encontró asociación entre automedicación y hogares que tienen un ingreso mayor de 300 nuevos soles. (14)

2.1.2.2-Título: Factores Asociados a la Prevalencia de la Automedicación y al Nivel de Conocimientos de sus Complicaciones en Mayores de 18 años.

Autor: Tello Vera, Stalin.

Lugar y Fecha: Chiclayo-Perú, 2005.

Resumen: La automedicación es un problema relacionado a una serie de complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados y fomento de la drogodependencia, por lo cual es necesario conocer qué tan serio es este problema en nuestro distrito. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de

sus complicaciones en la población mayor de 18 años del distrito de Chiclayo durante enero -marzo del 2005. La muestra de estudio fue 371 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos del distrito de Chiclayo. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 44% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. (15)

2.2 Marco Teórico

2.2.1. AUTOMEDICACIÓN

Es cierto que con el pasar del tiempo los métodos para prevenir o tratar enfermedades son novedosos y algunos son más eficaces que los antiguos, esto no deja de lado a las acciones que puedan ejercer las personas para restablecer su salud, una de las cuales es la administración de medicamentos en su propio organismo.

Cuando hablamos de actividades que la persona realiza con el propósito de prevenir, restablecer o preservar su salud, así como prevenir y tratar enfermedades, nos referimos a la palabra “AUTOCUIDADO”.

El autocuidado representa una característica de la asistencia sanitaria en la actualidad y es un término muy amplio, abarcando lo siguiente:

- La higiene (general y personal).
- La nutrición (tipo y calidad de alimentos).
- El estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre).
- Los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales).
- Los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales).
- **La automedicación.** (16)

2.2.2.1 DEFINICIÓN DE AUTOMEDICACIÓN

A través de los años, se han dado diversas definiciones, así también las discusiones por parte de los autores sobre qué aspectos abarcar en esta conceptualización.

Etimológicamente la palabra está compuesta por el prefijo “auto” (motu, propio), y el lexema “medicación” (medicina, fármaco); indicando así a la persona que por iniciativa propia consume medicamentos. Además de esto existió controversia a la hora de considerar la inclusión o no de administrarse medicamentos por recomendación de alguien. Es así que en el año 1999 La Federación Farmacéutica Internacional y La Industria Mundial de la Automedicación Responsable la definen como, “el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas” incluyendo la función que cumplen los farmacéuticos, cumpliendo un papel clave con el suministro de asistencia, asesoría e información acerca de las medicinas disponibles para automedicación. (17)

Cabe resaltar que la Ley General de la Salud 26842 en su artículo 26 señala que, sólo los médicos pueden prescribir medicamentos. Los cirujanos - dentistas y las obstétricas sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión. También en el artículo 33 de la mencionada norma se estipula que el químico farmacéutico es el responsable de la dispensación, información y orientación al usuario sobre la utilización de medicamentos. (18)

Alfonso la define como “el uso de medicamentos que no ha sido prescritos por un profesional habilitado, no indicado, ni supervisado por un profesional sanitario”(19). Otro aspecto sobre el que existe divergencia de criterio es, si debe considerarse automedicación el cambio de la pauta

posológica, el retraso o adelantamiento del tratamiento o la supresión del mismo, modificaciones todas ellas muy comunes en tratamientos prolongados. Así, un estudio del año 1985 señala que el 50% de los enfermos crónicos no completa el tratamiento, el 42% autorregula su medicación y el 6% modifica sustancialmente la dosis. También se podría considerar automedicación a la decisión del paciente de no tomar los medicamentos prescritos. (20)

Schalekamp la llamó «manipulación de la prescripción» y engloba toda aquella prescripción que ha sido solicitada directamente por el paciente, prescripción que distintos autores han situado entre el 10% y el 14% del total. Esta cifra podría ser más elevada si se contabilizase la prescripción inducida indirectamente (21). Así, Carvajal et al comprobaron que la demanda de medicamentos supone más de la mitad de las consultas que se atienden en atención primaria. Además, este mismo autor encontró que aproximadamente el 40% de estas consultas son para solicitar medicamentos que serán empleados por otra u otras personas distintas al solicitante, a las que el médico no tiene oportunidad de diagnosticar. (22)

En el mismo sentido apuntado por Schalekamp, Laporte et al en un artículo publicado en Medicina Clínica en el año 1992 introducen el concepto de «automedicación con cargo a la Seguridad Social». De esta forma, los autores señalan el hecho de que muchos pacientes se dirigen al facultativo no para consultar, sino en busca de una receta para un fármaco que previamente y, por propia iniciativa, han comprado en la farmacia. (21,23)

Por último, y desde otro enfoque, Figueiras, et al en un estudio sobre los factores asociados a la automedicación en España define el concepto de automedicación indeseable. Para este autor el consumo de antiinflamatorios (para reumatismos), cardiotónicos, antibióticos, antidepresivos-

tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglucemiantes está absolutamente desaconsejado siempre que no medie la prescripción facultativa. (24)

Durante mucho tiempo, se pensó que todo lo que afecta a la salud de las personas era sólo competencia de los médicos, quienes, habitualmente eran los únicos capacitados para indicar todo lo que el paciente debía hacer: medicamentos, tratamiento, recomendaciones, etc.. Este es un modelo de relación médico – paciente en el que la capacidad de autonomía y decisión del propio enfermo es anulada, bajo la excusa de una supuesta incapacidad para opinar o tomar decisiones que afecten a su propia salud y enfermedad.

Bajo este planteamiento el concepto de automedicación debería ser entendida como “la voluntad y la capacidad de las personas – pacientes para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen. (3)

A continuación daremos a conocer otras definiciones que casi llegan a los mismos puntos:

Mazzeo la define como “la ingestión de un medicamento sin prescripción médica, o la variación de una indicación en dosis, frecuencia o período (en mas) en forma voluntaria, o la perpetuación de una indicación previa”. (25)

Farao sostiene que la automedicación consiste en “la selección y el uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar. Se refiere fundamentalmente, a los medicamentos de venta libre”. (16)

Oller refiere en un trabajo realizado en el 2006 que la automedicación constituye un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares españoles. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios al paciente que los ingiere. (26)

Si bien es cierto y a pesar de conocer todas estas definiciones, debemos tener en consideración que no sólo existe la medicina convencional, dentro de la cual se utilizan los fármacos, sino también tenemos la medicina alternativa la cual se encuentra en estrecha relación con las costumbres de una población específica. Es por eso que después de haber buscado todas las definiciones posibles con respecto a la automedicación llegamos a la siguiente conclusión teniéndola como premisa para este trabajo de investigación: **“La automedicación se define clásicamente como el "consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico".** (2)

2.2.1.2 AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE

La automedicación responsable consiste en una práctica mediante la cual las personas tratan sus dolencias y afecciones con el uso de medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción y que son seguros y eficaces si se los emplea según las indicaciones. Una automedicación responsable, requiere la comprobación de que los medicamentos a administrar sean seguros, de buena calidad y eficaces y que la administración de medicamentos estén indicados únicamente para el tratamiento de las afecciones crónicas o recurrentes. En todos los casos, estos medicamentos deben diseñarse y elaborarse específicamente para tal

propósito y requerirán una adecuada formulación, dosificación y forma de administración.

Los medicamentos de venta libre deben estar respaldados por información que describa el modo de administración o uso, los efectos terapéuticos y posibles efectos secundarios, cómo deben monitorearse los efectos deseados, las posibles interacciones, las preocupaciones y advertencias, la duración de su uso y, las circunstancias en las que se debe consultar a un profesional. (16)

2.2.1.3 AUTOMEDICACIÓN EN EL PERÚ

El Ministerio de Salud (Minsa) informa que aproximadamente el 55% de la población nacional se automedica y pone en riesgo su salud, ya que adquiere y consume medicamentos sin contar con una receta, es decir sin haber acudido a un médico para que realice la correspondiente recomendación.

Así lo dio a conocer la Dra. Susana Vásquez Lezcano, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) del Minsa, quien enfatizó que entre las principales consecuencias del uso irracional de medicamentos se encuentra la aparición de reacciones adversas, lo que puede incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad, y consecuentemente una pobre calidad de vida para los pacientes.

Detalló que estudios recientes indican que alrededor del 55% del dinero de los hogares utilizados en la atención de la salud, es destinado a la compra directa de fármacos, tanto de farmacias como de boticas.

Estas informaciones fueron dadas a conocer durante el taller para periodistas “Situación actual de la automedicación en el Perú”, organizado

por la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud del 2006. (27)

2.2.1.4 POSTURA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

La Asociación Médica Mundial, en su Asamblea General de 2002, declara que toda persona puede optar por automedicarse pero, en este caso, debe ser capaz de reconocer los síntomas que tratan, de determinar que está en condiciones apropiadas para auto-medicarse, de elegir un producto de automedicación adecuado y de seguir las instrucciones de uso del producto, descritas en la etiqueta; todo esto implica un nivel cultural suficiente de la población, lo cual no necesariamente se cumple en el Perú. Se concluye en que los gobiernos deben reconocer y reforzar la distinción que existe entre los medicamentos con prescripción y los de venta libre y, asegurarse de que las personas que utilizan la automedicación estén bien informadas y protegidas de los posibles peligros o efectos negativos a largo plazo.

Existen varias razones que llevan a la población a automedicarse. Los motivos esgrimidos más frecuentemente son la consideración de levedad de los procesos, la sensación subjetiva de dominio de la propia patología y el conocimiento previo del fármaco. (16)

2.2.1.5 FACTORES PREDISPONENTES SEGÚN LA OMS

La OMS ha propuesto considerar una serie de factores para explicar el progresivo aumento de la automedicación.

a. Factores socioeconómicos

Una mayor libertad de elección, que resulta de la mejora de los niveles de educación y de un mayor acceso a la información,

combinado con un incremento de interés individual por la salud personal se traduce en una demanda creciente de participación directa en la toma de decisiones en el área de la salud.

b. Estilo de vida

Se ha producido un aumento de la toma de conciencia acerca del impacto que causan determinados factores del estilo de vida, como dejar de fumar y seguir una dieta bien balanceada, éstos como medios para preservar la salud y prevenir las enfermedades.

c. Accesibilidad

Los consumidores prefieren la obtención rápida de los medicamentos, a las largas esperas en los centros de salud. Sin embargo, en muchos países tal preferencia puede significar el pago de precios más elevados.

d. Tratamiento de enfermedades agudas, crónicas y recurrentes y su rehabilitación

En la actualidad se reconoce que determinadas afecciones con diagnóstico médico se pueden controlar en forma adecuada mediante la automedicación o sin medicación. Por cierto, en algunos países esto puede ser una necesidad más que una elección.

e. Salud pública y factores ambientales

Una buena conducta higiénica, una alimentación adecuada, agua segura y un buen saneamiento han contribuido a la

capacidad de las personas para establecer y preservar su salud, y a prevenir las enfermedades.

f. Factores demográficos y epidemiológicos

La transición demográfica hacia poblaciones cada vez más ancianas requiere cambios en las políticas sanitarias y en su implementación. Del mismo modo, los factores epidemiológicos que surgen de los cambiantes patrones de enfermedad, requieren una adaptación en la provisión de la atención primaria de la salud y de los fondos involucrados. Estos cambios y adaptaciones también permiten que las personas asuman una mayor responsabilidad en cuanto a la atención de su salud. A su vez, esto implica un incremento de la capacidad de las personas para llevar adelante su cuidado personal.

g. Reformas del sector sanitario

En medio de una actividad económica recesiva y con escasos recursos, los gobiernos, los contribuyentes y las personas de todo el mundo, intentan resolver el problema de los altos costos de salud. Muchos países están implementando mecanismos para detener la escalada de precios y lograr una atención sanitaria más costo-efectiva. La automedicación se fomenta a escala mundial como un medio para reducir el presupuesto público en el área de la salud. También se pueden vislumbrar los cambios estructurales que incluyan una mayor confianza en la prestación del sector privado.

h. Disponibilidad de los nuevos productos

Recientemente se han elaborado productos nuevos y más eficaces, considerados adecuados para la automedicación. Además, muchos de los productos que están en el mercado desde hace mucho tiempo y que cuentan con un buen perfil de seguridad, fueron reprogramados e incluidos en la categoría de los productos de venta libre, tales como los imidazoles orales y tópicos para el tratamiento de la candidiasis vaginal, los esteroides fluorados tópicos para la rinitis alérgica, el aciclovir para el herpes labial, los antagonistas de los receptores H₂ para la dispepsia y los agonistas H₁ para el asma. En otras palabras, estos productos están disponibles al público, sin necesidad de receta. (16)

Después de haber desarrollado y analizado estos factores podemos decir que todos cumplen su rol como predisponentes para la automedicación en el ámbito odontológico.

Llegamos a la conclusión, que de una u otra manera estos productos de venta libre influyen en la decisión de automedicarse, y también que ésta no sólo es determinada por la ingesta de fármacos o medicamentos sino también por los comúnmente llamados “remedios caseros” pertenecientes a la medicina alternativa, sin dejar de lado que esta práctica se realiza una vez que aparecen signos o síntomas de una enfermedad (inflamación, dolor), en este caso de orden bucal.

Es por eso que antes de aplicar cualquier sustancia ya sea a base de hierbas o medicamentos debemos conocer qué es lo que conlleva a la automedicación, en términos más simples: el motivo por el cual una persona ingiere medicamentos.

2.2.2 EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN ORAL

2.2.2.1 DOLOR

El dolor es el síntoma más frecuente de enfermedad. Aunque en cada caso son diferentes por su naturaleza, localización y etiología, la mayoría de los pacientes que acuden al Odontólogo, lo hacen, básicamente, porque presentan dolor, inflamación e infección. (28)

La Asociación Internacional del Estudio del Dolor lo ha definido como “sensación muy desagradable y experiencia relacionada con daño evidente o potencial a los tejidos”. (29)

El dolor (algesia) es un problema común en todas las áreas de la odontología. El paciente puede experimentar dolor causado por un absceso, enfermedad periodontal, aparatos ortodónticos, prótesis mal adaptadas u otras enfermedades de los tejidos bucales blandos y duros.

El propósito biológico del dolor es prevenir al organismo del peligro. Un diente con un absceso impulsa a un paciente a que acuda con rapidez al odontólogo. El dolor de una cortada o golpe produce el retiro inmediato y evita un daño más grave. Las personas que tienen incapacidad congénita para sentir dolor están en peligro constante de morir, ya que no existe la señal indicadora de enfermedad o lesión. Por desgracia, el dolor, también puede ser patológico y persistir más allá de la necesidad para prevenir el peligro (por ejemplo, neuralgia del trigémino). El dolor puede producirse por presión o lesión a las fibras del dolor, por calor superior a 45° C y por la inyección de sustancias químicas o daño tisular. Estos eventos estimulan pequeñas fibras aferentes que transportan el mensaje del dolor a la médula espinal. (30)

2.2.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

El dolor es un fenómeno muy complejo y dicha complejidad incluye su valoración clínica, ya que se evalúa de acuerdo a los síntomas que manifiesta el paciente. Por ello es importante diferenciar las dos formas de dolor: el dolor agudo y el crónico, ya que esta diferenciación permite llegar a un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento. (28)

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

DOLOR AGUDO	DOLOR CRÓNICO
<ul style="list-style-type: none"> - Duración breve. - Incapacidad temporal. - Fisiopatológicamente útil (alerta). 	<ul style="list-style-type: none"> - Duración prolongada. - Incapacidad permanente. - Fisiopatológicamente nocivo.

SIGNOS

DOLOR AGUDO	DOLOR CRÓNICO
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la frecuencia cardíaca. - Volumen minuto aumentado (sangre). - Presión sanguínea elevada. - Dilatación pupilar. - Sudoración palmar y axilar. - Hiperventilación. - Hipermotilidad (inquieto). - Comportamiento de huída. - Ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño. - Irritabilidad. - Alteración del apetito. - Estreñimiento. - Lentitud psicomotora. - Disminución en tolerancia al dolor. - Aislamiento social. - Depresión.

El odontólogo debe estar preparado especialmente para el tratamiento del dolor bucodental agudo ya que, éste es el que generalmente debe enfrentar en el desarrollo de su actividad clínica.

Las dos formas más frecuentes de dolor agudo que debe tratar el odontólogo son: el de origen dentinal y el de origen inflamatorio.

2.2.2.3 DOLOR DENTINAL

Se origina por exposición del tejido dentinal al medio ambiente debido a la pérdida del esmalte o cemento y retracción gingival. La sensibilidad dentinal se caracteriza por el dolor agudo que aparece después de un estímulo indirecto.

Esta forma de dolor se explica por la “teoría hidrodinámica” respaldada en estudios experimentales y clínicos que sugieren que el dolor se debe al movimiento del líquido dentro de los túbulos dentinales. Los estímulos incluyen aire o sustancias frías y azúcares hipertónicos que producen movimiento del líquido dentro de los túbulos, desplazamiento que estimula las fibras nociceptivas localizadas en el área pulpar de los túbulos afectados. Se cree que el movimiento del líquido sirve como transductor, indicando la presencia de un estímulo en la entrada externa de los túbulos. Aunque no se sabe cómo identifican las fibras nerviosas, el movimiento del líquido. La forma aguda de este dolor sugiere que es por activación de fibras nociceptivas A delta. El tratamiento para este tipo de dolor generalmente se dirige a lograr obstrucción física del movimiento del líquido en los túbulos mediante el uso de muy diversas sustancias (hidróxido de calcio, estroncio, fluoruro, etc.). (28)

2.2.2.4 DOLOR INFLAMATORIO

La reacción inflamatoria al daño tisular produce dolor, edema, elevación local de la temperatura, rubor y pérdida de la función. Este dolor se diferencia del dentinal en que evoluciona en forma más prolongada debido a los efectos sostenidos de retroalimentación positiva local.

El traumatismo de los tejidos y los elementos que participan en el proceso infeccioso o inflamatorio activan la síntesis de prostaglandinas a partir de los fosfolípidos de las membranas celulares lesionadas; proceso que se revisa más adelante.

En esta forma de dolor también participan la bradicidina y la histamina liberada por los mastocitos; estos autacoides producen vasodilatación, incrementan la permeabilidad capilar y actúan sinérgicamente aumentando la extravasación plasmática que da lugar a edema.

Según Dubner estos factores locales tienen importancia en la terminación nerviosa nociceptiva; la excitan y la sensibilizan. Una vez sensibilizado el nociceptor, éste presenta actividad espontánea, disminución del umbral y reacciones prolongadas a estimulación supraumbral.

Lo anterior da lugar a un estado de hiperalgesia caracterizada por dolor espontáneo, disminución del umbral doloroso y aumento de la percepción al dolor para un determinado estímulo.

Nahuri (1978) demostró por ejemplo que en la inflamación pulpar, el umbral doloroso disminuye de tal forma que la onda de presión arterial estimula las fibras nociceptivas después de un latido cardíaco, lo cual según el mismo investigador explicaría el dolor severo de una pulpitis.

Otro efecto de los mediadores de la inflamación es el estímulo en la liberación de neuropéptidos almacenados en la terminación nociceptiva; uno de estos neuropéptidos es la sustancia P sintetizada por el cuerpo

celular de la fibra aferente, y que se encuentra en altas concentraciones en los nervios pulpaes.

Olgart y col. demostraron que la estimulación eléctrica del nervio dentario inferior libera sustancia P del tejido pulpar. En la periferia la sustancia P tiene propiedades pro-inflamatorias que actúan sinérgicamente con otros mediadores estimulando la liberación de histamina.

En resumen, el nervio periférico no sólo se identifica y muestra la existencia del daño tisular, sino que además participa en el proceso inflamatorio.

La síntesis de liberación de los mediadores de la inflamación explica la evolución prolongada de la inflamación que excede considerablemente la estimulación inicial del procedimiento dental. La evaluación clínica del dolor y el edema posteriores a una exodoncia permiten resaltar la prolongada duración del proceso inflamatorio. Según Cooper y cols., después de la extracción de los terceros molares incluidos, el dolor alcanza una intensidad entre moderada y severa a las 5 horas y el máximo edema se presenta entre las 48 y 72 horas. (28)

2.2.2.5 ETIOLOGÍA

En la siguiente tabla se resumen las principales causas del dolor en Odontología. Como es obvio, antes de proceder al tratamiento de un proceso patológico que curse con dolor, es necesario un diagnóstico correcto en base a los datos clínicos, radiográficos y de laboratorio que podamos obtener.

En la práctica cotidiana, los cuadros patológicos que se presentan en la consulta dental asociados al dolor e inflamación son el dolor pulpar, dolor periodontal, dolor postquirúrgico y dolor asociado a patología del tercer molar. (29)

PRINCIPALES CAUSAS DEL DOLOR EN ODONTOLOGÍA

ETIOLOGÍA	PATOLOGÍA
INFECCIOSAS	
- Bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> - Pulpitis - Periodontitis apical aguda - Absceso periodontal agudo - Absceso alveolar agudo - Celulitis – Alveolitis - Pericoronaritis - Osteomielitis - Gingivitis ulceronecrotizante aguda
- Virales	<ul style="list-style-type: none"> - Sinusitis - Herpes simple - Herpes zóster - Sialoadenitis por citomegalovirus - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
MUSCULOESQUELÉTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome dolor-disfunción deATM - Artritis y periartritis de la ATM - Cervicalgias
POSTQUIRÚRGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor postextracción de tercer molar impactado - Dolor postextracción complicada - Dolor postcirugía preprotésica - Dolor postendodoncia - Dolor postcirugía periodontal - Dolor postcirugía apical
DOLOR EN MUCOSA BUCAL. LENGUA Y SISTEMA SALIVAL	<ul style="list-style-type: none"> - Quemaduras térmicas y químicas - Mucositis postirradiación - Sialolitiasis / sialoadenosis - Osteorradionecrosis - Glosodinia - Liquen, aftas, pénfigos
TRAUMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Ulceras traumáticas
TUMORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma de la mucosa bucal - Tumores maxilares odontógenos - Tumores maxilares no odontógenos - Tumores de las glándulas salivales - Neoplasias de la ATM-Metástasis
VASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Arteritis temporal de Horton

NEURALGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Neuralgia Trigeminal - Neuralgia Glossofaríngea - Neuralgia de Sluder (ganglio esfenopalatino) - Neuralgia del nervio Occipital (de Arnold) - Neuralgia postherpética - Simpatalgia - Dolor facial atípico (psicalgia) - Neuralgia Vagal - Estilalgia
OTROS	Hipersensibilidad dentinaria o hiperestesia dentinaria difusa

2.2.2.6 INFLAMACIÓN

Se sabe que la inflamación es una reacción de defensa del organismo contra diversas formas de agresión. Es una reacción local del tejido conjuntivo y vascular causada por agentes físicos, químicos o biológicos que trata de localizar y limitar la diseminación del agente agresor y destruir o expulsar el patógeno que causa la lesión celular y preparar el sitio para reparación tisular. La respuesta inflamatoria intenta, de acuerdo a lo anterior, restablecer la homeostasis de los tejidos (28). Esta respuesta inflamatoria asocia dolor por la respuesta de los mediadores químicos como prostaglandinas (PG) o bradicidina y la contracción del músculo liso.

Clínicamente se manifiesta a nivel local con los clásicos signos de Celso (dolor, calor, rubor y tumor), acompañados de impotencia funcional. A nivel general se presenta leucocitosis, aumento de la velocidad de sedimentación, hiperplasia reactiva del sistema retículo-endotelial, y cuando la entidad es importante puede acompañarse de taquicardia o fiebre por estimulación de los agentes pirógenos en zonas talámicas reguladoras de la temperatura. (29)

Debemos tener en cuenta que el dolor y la enfermedad fueron un binomio lacerante que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. Anestesia y analgesia son ciencias tan antiguas como la propia humanidad. Etimológicamente "*pain*", en inglés, deriva de "*poena*" en latín, que significa "castigo" y "paciente" deriva del latín "*patior*": el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor. (31)

Es por eso que la humanidad tomó lo que la naturaleza brindaba para intentar atenuar los dolores presentados no sólo en la cavidad bucal, sino también a nivel general y con ellas evolucionar de tal manera que las convirtió en fármacos.

2.2.3. MEDICINA CONVENCIONAL

La medicina convencional o con base científica da lugar a la acción que ejercen los fármacos o medicamentos sobre un organismo y producen reacciones mediante las cuales su puede atacar sintomatología o la causa de un cuadro clínico, como generalmente sucede con el dolor y las infecciones respectivamente.

Entonces definiremos a la palabra fármaco como *cualquier sustancia que ocasiona un cambio en la función biológica por medio de sus acciones químicas*. En la mayor parte de los casos, la molécula del fármaco interactúa con una molécula específica del sistema biológico que desempeña, como se dijo antes, una función reguladora, es decir, se trata de una molécula **receptora**. Los fármacos pueden ser sintetizados por el cuerpo (como las hormonas) o ser sustancias químicas **no** sintetizadas en el organismo, esto es, xenobióticas (del griego *xenos*, extranjero).

Para que el fármaco pueda interactuar de manera química con su receptor, debe poseer ciertas características mencionadas a continuación:

(32)

1. Naturaleza física de los fármacos, que pueden ser sólidos, líquidos o gaseosos.
2. Tamaño del fármaco, de acuerdo a su tamaño molecular el fármaco podrá unirse a un tipo específico de receptor, no solo basándose en su tamaño molecular sino también en su carga.
3. Reactividad del fármaco y enlaces fármaco-receptor, los fármacos interactúan con receptores por medio de fuerzas químicas que forman enlaces (covalentes, electrostáticos e hidrófobos)
4. Forma del fármaco, la forma de la molécula de un fármaco debe ser tal que permita la fijación a su sitio receptor, del mismo modo en que una llave es complementaria a una cerradura.
5. Diseño de fármacos, esto implica la capacidad de predecir la estructura molecular del fármaco en la información sobre su receptor.
6. Nomenclatura del receptor, esto implica las maneras que se tienen actualmente para identificar y caracterizar a los receptores.

El tratamiento farmacológico del dolor dental de origen inflamatorio periférico se dirige a bloquear el impulso nociceptivo en el receptor a lo largo del nervio periférico por lo cual los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más apropiados, puesto que ejercen su acción a nivel del nociceptor. Los AINE inhiben la

generación de la señal dolorosa y la sensibilización del nociceptor producida por la PGE₂ puesto que, estos fármacos inhiben la síntesis de todas las prostaglandinas. Es importante recordar que las PGE₂ sensibilizan los nociceptores a diferentes estímulos y por tanto, facilitan la acción de otros mediadores inflamatorios como la bradicidina. El efecto analgésico de los AINE tiene un techo máximo (eficacia máxima) a partir del cual el incremento de la dosis del medicamento no produce mayor analgesia, aunque sí mayores efectos indeseables. El efecto “techo” probablemente refleje la existencia de otros mediadores de la inflamación que no son bloqueados por esta clase de sustancias. (28)

2.2.3.1 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)

Los denominados antiinflamatorios no esteroideos que son utilizados hoy día, en su inmensa mayoría inhiben las actividades de la ciclooxigenasa 1 (COX-1) presente en diversos tejidos y que median reacciones fisiológicas, y la ciclooxigenasa 2 (COX-2) presente en el tejido lesionado. La inhibición de COX-2 media los efectos no deseados de la inflamación, pero la simultánea inhibición de COX-1 ocasiona efectos colaterales que son consecuencia de la disminución en la síntesis de prostaglandinas, prostaciclina y tromboxanos. (33)

Los AINES son un grupo heterogéneo de compuestos que casi nunca tienen relación química alguna (aunque casi todos son ácidos orgánicos), pero que comparten algunas actividades terapéuticas y efectos adversos. El compuesto prototípico sería el ácido acetil salicílico (aspirina) y en algunos señalamientos se les conoce como “fármacos similares a aspirina”, pero el nombre más usado es el de *antiinflamatorios no esteroideos* (AINE). (34)

En este vasto grupo se incluyen los fármacos antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos y en la actualidad dentro de sus acciones farmacológicas debe considerarse su efecto antiagregante plaquetario. (33)

2.2.3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS AINES (28)

GRUPOS QUÍMICOS DE LOS AINES	FÁRMACOS	EFFECTOS TERAPÉUTICO	EFFECTOS ADVERSOS
SALICILATOS	AAS	- Analgésico. - Antiinflamatorio. - Antipirético. - Antiagregante.	T. Gastrointestinales - Erosión mucosa. - Hemorragia petequial. - Úlcera gástrica. - Ulceración mucosa. - Hemorragia digestiva.
	DIFLUNISAL	- Analgésico. - Antiinflamatorio.	Reacciones alérgicas - Asma. - Rinitis. - Urticaria
DERIVADOS DEL PARAAMINO FENOL	PARACETAMOL	- Analgésico. - Antipirético. - Antiinflamatorio.	- Erupciones cutáneas. - Fiebre. - Lesiones digestivas.
PIRAZOLONAS	DIPIRONA FENILBUTAZONA OXIFENBUTAZONA PIRAZONONA	- Analgésico - Antiinflamatorio	T. Gastrointestinales - Náuseas. - Vómitos. - Diarrea. - Dolor epigástrico. - Úlcera gástrica. - Hemorragia. Compromiso médula ósea - Leucopenia. - Pancitopenia. - Agranulocitosis. - Anemia aplásica.
OXICAMS	MELOXICAM PIROXICAM TENOXICAM	- Analgésicos. - Antipiréticos. - Antiinflamatorio	- Toxicidad. - Agregación plaquetaria. - Broncoespasmo.
PROPIÓNICOS	IBUPROFENO NAPROXENO KETOPROFENO FLURBIPROFENO	- Analgésico. - Antiinflamatorio	- Náuseas. - Vómito. - Dolor epigástrico. - Cefalea. - Mareo. - Aturdimiento.
		- Analgésico.	

FENILACÉTICOS	DICLOFENACO	- Antiinflamatorio. - Antipirético.	T. Gastrointestinales.
PIRROLPIRRÓLICOS	KETOROLACO TROMETAMINA	- Analgésico. - Bajo poder Antiinflamatorio y antipirético	S.N.C. - Cefalea. - Somnolencia. - Mareo S.G.I. - Dispepsia. - Dolor abdominal. - Vómito. - Diarrea. - Sangrado G.I. Nivel Renal - Proteinuria. - Hematuria. - Insuficiencia Renal.

2.2.3.3 MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS AINES

Han sido llamados eicosanoides las familias de prostaglandinas, leucotrienos y compuestos similares porque derivan de ácidos grasos esenciales de 20 carbonos. En seres humanos, el ácido araquidónico es el precursor más abundante y proviene del ácido linoleico de los alimentos o se ingiere como parte de la dieta. El ácido araquidónico se encuentra esterificado a los fosfolípidos de membrana (figura).

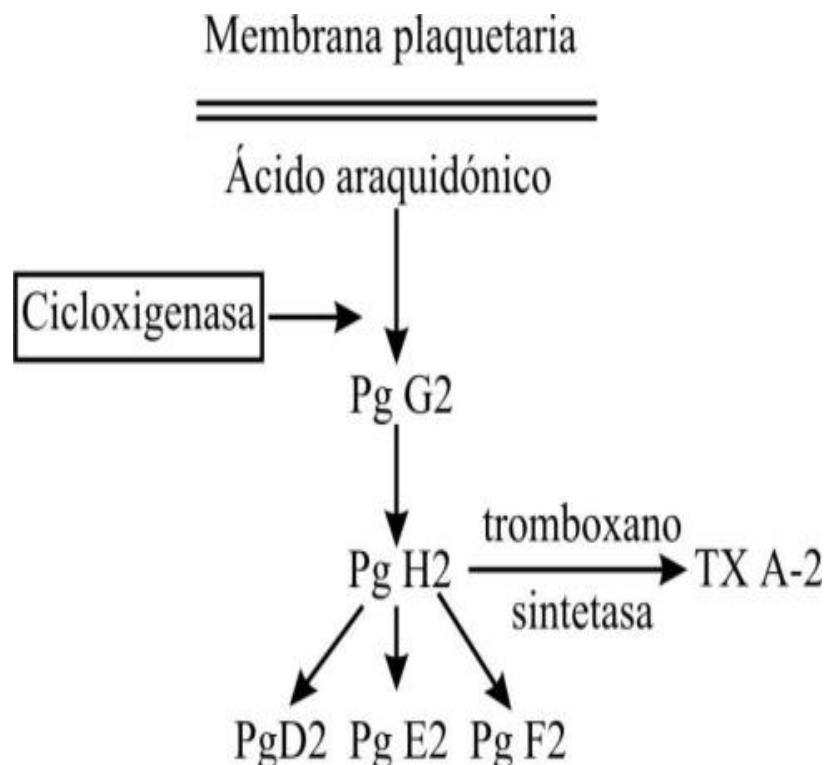


Fig. Mecanismo de acción de los AINES

- *Enzimas que generan ácido araquidónico (A.A.).*

Cuando se produce la agresión de los tejidos por diferentes agentes, se activa la fosfolipasa A2 (FLA2); esta enzima hidroliza el enlace de éster de fosfolípidos de membrana con la liberación de A.A. (desprendido de la membrana celular. Los corticosteroides inhiben a la FLA2, lo que impide la liberación de A.A.).

- *Enzimas que participan en la síntesis de prostaglandinas*

La primera enzima en la vía de síntesis es la sintetasa de endoperóxido de prostaglandina llamada comúnmente como ciclooxigenasa de ácido graso. Existen 2 isoformas de la enzima que son la COX-1 y la COX-2. La primera se expresa en forma constitutiva en casi todas las células, la COX-2 necesita ser inducida, se expresa en forma transitoria y casi exclusivamente en células inflamatorias estimuladas y promueve la formación rápida y en gran escala de mediadores de la inflamación.

Los AINES ejercen su actividad antiinflamatoria a través de la inhibición de la COX-2 en el sitio de la inflamación. Pero también estos fármacos son capaces de inhibir la COX-1 en los tejidos gastrointestinal y renal, lo que genera efectos indeseables, y puede limitar su utilidad terapéutica, expresando en otros términos la relación beneficio riesgo de los AINES, que dependerá de su capacidad de bloquear en mayor o menor grado a estas formas de COX.

El endoperóxido PGH₂ también es metabolizado en las plaquetas a TXA₂, sustancia poderosamente vasoconstrictora y agregante plaquetario, la tromboxano sintetasa es la enzima que media la formación de este mediador químico.

La PGI₂ es formada también a partir de PGH₂ por acción de la prostaciclina sintetasa, solamente en el nivel de los endotelios. La PGI₂ tiene efectos opuestos al TXA₂, ya que es vasodilatadora y antiagregante.

En cambio el A.A., que es metabolizado por la lipooxigenasa (LOX), dará lugar a la producción de leucotrienos, que son sustancias hipersensibilizantes y vasoconstrictoras.

Las prostaglandinas y leucotrienos son importantes mediadores del proceso inflamatorio y serán responsables de las manifestaciones clínicas de la inflamación. (33)

2.2.3.4 CONTRAINDICACIONES

Relativas a pacientes con hepatopatías, cardiopatías, hipertensión grave, nefropatías, hemocitopenias, gastritis y úlceras pépticas. (33)

2.2.3.5 ANTIBIÓTICOS

Sustancias producidas por diversas clases de microorganismos (bacterias, hongos) que inhiben el crecimiento y multiplicación de otros gérmenes o eventualmente pueden destruirlos. Los antibióticos también son sustancias químicas de origen sintético como es el caso de las quinolonas y las sulfonamidas. (28)

2.2.3.6 CLASIFICACIÓN

Los antibióticos se clasifican de acuerdo con su estructura química, mecanismo de acción, y de acuerdo con su capacidad de inhibición o destrucción de la célula bacteriana. (28)

SEGÚN ESTRUCTURA QUÍMICA

Beta lactámicos: penicilinas, cefalosporinas, monobactams.

Macrólidos: eritromicina, claritromicina, azitromicina.

Tetraciclinas: tetraciclina, doxiciclina, minociclina.

Aminoglucósidos: gentamicina, amikacina.

Quinolonas: norfloxacin, ciprofloxacina

Lincosamidas: Clindamicina.

Streptograminas: quinupristina, dalbapristina.

Oxazolidinonas: linezolid.

SEGÚN MECANISMO DE ACCIÓN

Inhibidores de la síntesis de la pared bacteriana (beta lactámicos).

Alteración de la permeabilidad de la membrana bacteriana (anfotericina, nistatina).

Inhibidores de la síntesis de proteínas (tetraciclinas, aminoglucósidos).

Inhibidores de la síntesis de ácidos nucleicos (rifampicina, quinolonas).

Antimetabolitos: sulfas, trimetoprima

○ **De acuerdo con el tipo de acción y la dosis de antibiótico utilizada**

Bacteriostáticos: Agentes que inhiben el crecimiento y la multiplicación bacteriana. El microorganismo no se destruye, por lo que una vez se retira el antimicrobiano, se puede reiniciar la multiplicación del germen a menos que las defensas del huésped destruyan las cepas bacterianas causantes de la infección.

Bactericidas: sustancias que destruyen o que tienen un efecto letal sobre el microorganismo. Estos se pueden dividir en dos grupos, los que tienen efecto letal dependiente de su concentración (aminoglucósidos) y los que tienen efecto letal que depende del tiempo (beta lactámicos).

Los antimicrobianos bacteriostáticos requieren concentraciones inhibitorias más bajas que las de los bactericidas. Por el contrario en los agentes bactericidas hay poca diferencia entre las concentraciones inhibitorias y bactericidas. Por lo general los antimicrobianos que alteran la pared bacteriana son bactericidas y los que inhiben la síntesis de proteínas son bacteriostáticos.

○ **De acuerdo con el espectro de acción**

Espectro reducido: son aquellos antimicrobianos que actúan selectivamente sobre alguna especie o cepa de microorganismos. La penicilina G es básicamente selectiva sobre gérmenes grampositivos.

Espectro amplio: son aquellos microorganismos que tienen actividad sobre un rango muy amplio de especies patógenas. La ampicilina y la amoxicilina son activas contra gérmenes grampositivos y gramnegativos.

Sin embargo en la selección de un antimicrobiano no se le debe conceder mucha importancia a esta clasificación sino a la selectividad del agente sobre el microorganismo causante de la infección. (28)

2.2.3.7 FACTORES QUE DETERMINAN LA SENSIBILIDAD DE LOS MICROORGANISMOS A LOS ANTIMICROBIANOS

1. La concentración del antibacteriano en el sitio de acción.
2. Los mecanismos de defensa del huésped.
3. Las concentraciones del fármaco deben ser siempre menores que las tóxicas para la célula del huésped (paciente).
4. Las pruebas (in Vitro) para determinar la sensibilidad del microorganismo como son la difusión en disco, y la dilución de agar o caldo. Sin embargo estas técnicas tiene limitaciones puesto que estas se han estandarizado de acuerdo con las concentraciones seguras que se alcanzan en plasma pero no toman en cuenta las concentraciones que se deben alcanzar en el sitio de la infección, y los factores que pueden disminuir la actividad del fármaco. (28)

Concentración inhibitoria mínima (CIM)

Es la concentración plasmática mínima de antimicrobiano que se requiere para erradicar el 90% de las bacterias patógenas. (28)

Concentración bactericida mínima (CBM)

Es la concentración mínima de antimicrobiano que se requiere para erradicar el 100% de las bacterias. (28)

2.2.3.8 RESISTENCIA BACTERIANA

Para que un antibacteriano produzca su efecto debe llegar al sitio de acción en las concentraciones adecuadas sin embargo algunas cepas bacterianas pueden desarrollar resistencia a ciertos antimicrobianos impidiendo la acción de este. Este fenómeno puede estar relacionado con:

1. el antimicrobiano no llega a su sitio de acción.
2. inactivación del antibacteriano.
3. alteración estructural del sitio de acción del medicamento. (28)

Principios a tener en cuenta para el uso de administración

1. Criterio clínico.
2. Conocimiento de la microbiología oral.
3. Conocimiento de la Farmacoterapia antibacteriana oral.
4. Justificación para la prescripción.
5. Estado del paciente (defensas, edad, embarazo)

En la siguiente página se mostrará un cuadro resumen de los antibióticos según grupo químico, principales fármacos de cada grupo, efectos terapéuticos y adversos.

GRUPO	AGENTE ANTIMICROBIANO	ACTIVIDAD PREDOMINANTE	EFECTOS ADVERSOS	
BETALACTÁMICOS	Penicilinas Naturales	Penicilina G	Reacciones de Hipersensibilidad Anafilaxia Broncoespasmo Urticaria	
		Penicilina V		
	Penicilinas resistentes a la Betalactamasa	Oxacilina		S. Aureus Productor de Betalactamasa
		Cloxacilina		
		Dicloxacilina		
		Naftilina		
	Penicilinas de amplio espectro Cefalosporinas	Amoxicilina		Cocos Gram (+) y algunos Gram (-)
		Ampicilina		Cocos Gram (+)
		Primera Generación		Cocos Gram (-)
		Segunda Generación		
	Tercera Generación	Ps Aeruginosa		
	Cuarta Generación			
MACRÓLIDOS	Eritromicinas	mycoplasma pneumoniae, legionella pneumoniae, difteria, C. pertussis, Chlamydia	Dolor abdominal Náuseas Vómitos Diarrea Eosinofilia	
	Josamicina			
	Micamisina			
	Claritromicina			
	Azitromicina			
	Lincomicina			
LINCOSAMIDAS	Clindamicina	Aerobios y anaerobios en cavidad oral	Reacciones alérgicas Diarrea (20%)	
	Oxitetraciclina			
TETRACICLINAS	Tetraciclina	Anaerobios orales Actinobacillus Actinomycetemcomitans	Hipersensibilidad Anafilaxia Edema periorbitario Fotosensibilidad Alteraciones gastrointestinales	
	Doxiciclina			
	Minociclina			
AMINOGLUCÓSIDOS		Bacteria Gram (-) Pseudomonas	A nivel neuromuscular	
METRONIDAZOL		Anaerobios estrictos	Ataxia, Neuropatía periférica	

2.2.4 MEDICINA ALTERNATIVA

Para la Organización Mundial de Salud, el uso de términos como ‘medicina alternativa’ y ‘medicina complementaria’ responde a una clasificación otorgada en países donde no existe integración entre medicina tradicional y medicina occidental. Por ello, la OMS prefiere hablar en ‘términos’ de medicina tradicional. Según la OMS, aquel vocablo debe referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional por ejemplo, la medicina tradicional china, el ayurveda hindú, y la medicina unani árabe, así como a las diversas formas de medicina indígena no sistémicas. (35)

En América Latina, la medicina alternativa suele ser el primer recurso de salud y con frecuencia el único al que recurre la población rural y los estratos socioeconómicos con poder adquisitivo bajo de las áreas urbanas. Las creencias y prácticas en salud forman parte de una amplia gama de elementos culturales que se vinculan con sus factores biológicos, económicos y sociales. Las distintas formas de comportamiento en salud son la expresión de respuestas adaptativas de la población, que abarcan desde las tradiciones médicas nativas hasta el sistema médico oficial.

Como la medicina alternativa ha estado vinculada con los procesos sociales, continúa vigente en numerosas culturas, etnias y estratos sociales, y actualmente existen controversias con respecto a su valor científico en el mundo de hoy. Sin embargo, es importante mencionar que gran número de estas prácticas se han incorporado en la cotidianeidad a la tradición familiar. Para el caso de la odontología, las controversias van desde la definición como práctica alternativa, hacia los conceptos de ciencia, el papel de las creencias y la ética de las prácticas que no se unen al cuidado convencional. (36)

En la actualidad hay un creciente interés en la sociedad por las medicinas alternativas o complementarias.

Esto se debe a una diversidad de factores, entre ellos y por mencionar sólo algunos: la necesidad del paciente de participar más activamente en el manejo de su enfermedad, la búsqueda de tratamientos que no tengan tantos efectos adversos, y la necesidad de ser escuchado, ya que la tiranía del corto tiempo impuesto por diversos sistemas mutuales u hospitalarios, ha llevado a un deterioro grave de la relación médico-paciente. (37)

En un estudio realizado en el año 2002 por La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en donde se aplicó un cuestionario a 1,178 usuarios, de 52 unidades de salud del primer nivel, distribuidas en 16 delegaciones políticas del D.F., se reveló que el 52% de los entrevistados consideraron la posibilidad de utilizar algún tipo de Medicina Alternativa y Complementaria para atender problemas de salud que se le pudieran presentar en el futuro; el 89.2% opinó que deberían incluir estos servicios en las instituciones públicas de salud y el 77.8% estaría dispuesto a pagar parte del costo, si ésta se llegara a incluir. (38)

Este tipo de estudios son muy escasos en México, sin embargo, nos muestran un creciente interés por las prácticas alternativas de atención a la salud. (38)

2.2.4.1 DEFINICIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA

Definir a la Medicina Alternativa y Complementaria es una tarea muy compleja, ya que abarca a una gran variedad de prácticas que tienen diferentes conceptos sobre la salud-enfermedad, sus causas y su tratamiento. Se han descrito más de 100 tipos distintos de MAC, provenientes de todos los rincones del mundo. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico, la MAC se define como un conjunto de prácticas

terapéuticas que no están en conformidad con los estándares actuales de la comunidad médica. (38)

2.2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LA MEDICINA ALTERNATIVA

Hay diferentes clasificaciones de las MAC, ya que existe dificultad para encasillar a muchas de ellas en un solo apartado, como en el caso de la Medicina Tradicional China, la cual tiene recursos diferentes como el uso de agujas (acupuntura) y el uso de medicamentos herbolarios, entre otras técnicas. Kemper (Cuadro 1), las divide en cuatro categorías, pero la clasificación del Instituto de Medicina Alternativa y Complementaria de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América es una de las más adecuadas. Esta clasificación se puede dividir en 7 grandes categorías (Cuadro 2). (38)

Cuadro 1. Categorías de la Medicina Alternativa y Complementaria según Kemper.

Terapias bioquímicas: Medicamentos, hierbas, compuestos nutricionales.
Terapias de estilo de vida: Nutrición, ejercicio, terapias ambientales, corporomental.
Terapias biomecánicas: Masaje, manipulación espinal y Cirugía.
Terapias bioenergéticas: Acupuntura, imposición de manos, oración y homeopatía.

Cuadro 2. Categorías de la Medicina Alternativa y Complementaria del Instituto Nacional de MAC de los EUA.

Intervenciones corporometales
Terapias bioelectromagnéticas
Sistemas alternativos a la práctica médica (Medicina Tradicional)
Métodos de curación manual
Tratamientos farmacológicos y biológicos
Herbolaria
Dieta y nutrición

Tomando el cuadro 2 para el estudio, vemos que las más relacionadas con el dolor e inflamación son la herbolaria y los tratamientos farmacológicos y biológicos.

2.2.4.3 HERBOLARIA

La Herbolaria es la ciencia que estudia las propiedades y poderes curativos de la gran diversidad de plantas y hierbas que nos provee la madre naturaleza. Tiene sus orígenes en el origen mismo del hombre y en su necesidad de curar sus dolores, padecimientos y enfermedades. (39)

Desde sus inicios tanto las comunidades primitivas, como los egipcios, griegos y romanos tuvieron en la herbolaria el vehículo idóneo para cuidar su salud y tener una mejor calidad de vida, herencia que después se vio enriquecida de manera clave por la contribución del Lejano Oriente y sobre todo por la vastísima tradición herbolaria del Nuevo Mundo, en especial México. (39)

Durante los años 400-700 a.C. los incas peruanos tenían la creencia de que la hoja de coca representaba un regalo de Manco Capac, hijo del dios del Sol, en compensación por todo el sufrimiento humano. Este regalo producía "satisfacción al hambriento, vigor al cansado y olvido de las miserias al desdichado". (31)

Empaquetaban las hojas en forma de bola llamada "cocada". Las cocadas eran vertidas sobre la herida quirúrgica, mezcladas con cal o ceniza y saliva del cirujano, para producir analgesia. Podríamos considerarlo como el principio de la "anestesia local", llegando incluso a realizar trepanaciones con esta primitiva técnica. (31)

Estos primitivos pueblos reconocían el adormecimiento en lengua y labios al masticarla (de esta forma se liberaba el alcaloide activo), que en quechua significa "kunka sukunka" (faringe adormecida). Hecho descrito por el cronista español Bernabé Cobo en su "Historia del Nuevo Mundo". (31)

El aprovechamiento de las propiedades curativas de las plantas es una práctica milenaria que nunca ha dejado de tener vigencia. Todavía en el Siglo XVIII el tratamiento médico habitual en Occidente se basaba en la prescripción de remedios herbales, y hoy en día, la Organización Mundial de la Salud estima que la herbolaria está tres o cuatro veces más difundida en el mundo que la medicina ortodoxa. Más aún, se considera que casi la

mitad de los medicamentos modernos proceden del reino vegetal. (R.G. Guía de las Terapias Naturales. México 1992). (39)

PRODUCTOS HERBOLARIOS

De todo el universo de hierbas y plantas que poseen propiedades curativas o medicinales, la Herbolaria nos ofrece las siguientes presentaciones básicas: (39)

- **Hierbas y Plantas a Granel**
- **Cajas con Sobres Instantáneos**
- **Capsulas y Tabletas**
- **Tinturas o Extractos Líquidos**
- **Jabones y Shampoos**
- **Aceites, Pomadas, Cremas y Cosméticos**

HERBOLARIA PARA LA CAVIDAD BUCAL

El ajo

Entre los remedios caseros más eficaces para el dolor de piezas dentales está el ajo. Un clavo del ajo con una pequeña roca de sal se debe colocar en la pieza afectada. Relevará el dolor y, puede incluso curarlo a veces. Un clavo de ajo se debe también masticar diariamente por la mañana.

La cebolla

La investigación más última ha confirmado las características bactericidas de la cebolla. Si una persona consume una cebolla cruda cada día por la masticación cuidadosa, lo protegerán contra el anfitrión de los desórdenes

del diente. La masticación de la cebolla cruda por tres minutos es suficiente para matar todos los gérmenes en la boca. El dolor de piezas dentales es aliviado a menudo poniendo un pedazo pequeño de la cebolla en el diente o encía.

La lima

La lima, como fuente rica de la vitamina C, es útil en mantener la salud de los dientes y de otros huesos del cuerpo. Previene decaimiento y movilidad dental, de la caries dental, del dolor dental, y de sangrar de las encías.

La hierba del trigo

El jugo de la hierba del trigo actúa como enjuague excelente para la caries y cura el dolor de muelas. La hierba del trigo puede ser masticada con resultados beneficiosos. Elimina las toxinas de las encías y comprueba así el crecimiento bacteriano.

Asafétida

El uso del asafétida se ha encontrado útil en curar el dolor de piezas dentales. Debe ser molido en jugo del limón y ser calentado levemente. Una esponja de algodón se debe empapar en esta loción y colocar en la cavidad del diente. Relevará dolor rápidamente.

El clavo

Otro remedio casero para el dolor de piezas dentales está en el uso del clavo, que reduce dolor. También ayuda a la disminución de la infección debido a sus características antisépticas. El aceite del clavo, aplicado a una cavidad en una pieza con caries, también releva el dolor.

La pimienta

Una mezcla de una pizca del polvo de pimienta y de una cuarta de una cucharilla de sal común es un dentífrico excelente. Su uso diario previene las cavidades dentales, mal aliento, sangrando de las encías, encías dolorosas, y dolor de piezas dentales. Cura la sensibilidad creciente de los dientes. Una pizca de polvo de pimienta mezclado con aceite del clavo se puede poner en las cavidades para aliviar el dolor de las piezas. (40)

2.2.4.4 TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y BIOLÓGICOS

- Antineoplastinas
- Agentes antioxidantes.
- Polen de abejas.
- Productos de cartílago.
- Tratamientos celulares.
- Terapia sobre la quelación. (41)

2.2.5 CENTRO DE SALUD BOLOGNESI Y SU POBLACIÓN

2.2.5.1 UBICACIÓN DEL C. S. BOLOGNESI

Región: Tacna

Provincia: Tacna

Distrito: Tacna

Dirección: Av. Basadre y Forero 2119

Teléfono/Fax: 052-242187 – 052-427282

e-mail: csbolognesi@speedy.com.pe

Altitud: 500 m.s.n.m.

Nº de camas establecidas: ---

Nº de consultorios: 10

Km. A la Red (ida/vuelta): 08 km.

Km a la Microrred (ida/vuelta): 06 km.

2.2.5.2 JURISDICCIÓN DEL C.S. BOLOGNESI

LIMITES

Por el Norte : Av. Industrial

Por el Este : Av. Circunvalación

Por el Oeste : Av. Pinto

Por el Sur : Celestino Vargas, Urb. Tacna y Av. Bolognesi

(El plano de la jurisdicción del C. S. Bolognesi se encuentra en el Anexo N° 2)

2.2.5.3 URBANIZACIONES

1. Urbanización Vigil
2. Urbanización Eben Ezer
3. Urbanización Miguel Grau
4. Urbanización Ramón Castilla
5. Urbanización Tacna
6. Urbanización Caplina
7. Urbanización Jorge Chávez
8. Urbanización Las Magnolias
9. Urbanización Las Flores

2.2.5.4 JUNTAS VECINALES

1. Junta Vecinal Alto Lima
2. Junta Vecinal Tito Chocano Olivera (100 casas)

OTROS:

1. Asociación de Comerciantes 28 de Julio
2. Mercado Magollo
3. Asociación de Comerciantes Minoristas Francisco Bolognesi
4. Asociación de Comerciantes 28 de Agosto
5. Asociación de Comerciantes Alfonso Ugarte
6. Cooperativa La Frontera
7. Ampliación Bolognesi
8. Alto Bolognesi.

POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA

GRUPO ETAREO	COMPOSICIÓN	N°	%	TOTAL
NIÑO	R.N. 0-28 días	20	0,11	3008
	> 28 días		1,63	
	Menor de 1 año	284		
	De 1 año	302	1,73	
	De 2 a 4 años	867	4,96	
	De 5 a 9 años	1535	8,79	
ADOLESCENTE	De 10 a 14 años	1594	9,12	3246
	De 15 a 19 años	1652	9,46	
ADULTO	De 20 a 44 años	7620	43,62	9958
	De 45 a 59 años	2338	13,38	
ADULTO MAYOR	De 60 a mas años	1258	7,20	1258
TOTAL		17470	100,00	17470

MUJER	MEF	6090	34,86	6090
	GESTANTES	372	2,13	372

Fuente: Plan Local de Salud del C. S. Bolognesi 2008 (42)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONABLES

3.1 Hipótesis

Más del 70% de la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi se automedica frente a signos y síntomas de origen estomatológico al año 2008.

3.2 Variables

Variable independiente: SIGNOS Y SÍNTOMAS

Indicador: DOLOR – INFLAMACIÓN

Variable dependiente: AUTOMEDICACIÓN

Indicador: FÁRMACO – MEDICINA ALTERNATIVA

3.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
CUADRO CLINICO (variable independiente)	Medicina Convencional	Signos y síntomas	Dolor	Norinal
		Fármacos	Inflamación Aines Antibióticos	Norinal Norinal Norinal
AUTOMEDICACION (variable dependiente)	Medicina Alternativa	Herbolaria	Hierbas y plantas a granel	Norinal
			Sobres instantáneos	Norinal
		Cápsulas o tabletas	Norinal	
		Extractos Líquidos	Norinal	
		Pomadas y Cremas	Norinal	
		Polen de Abejas	Norinal	
EDAD		Tratamiento Farmacobiológico	20-44	Intervalo
			45-59	Intervalo
			60 a más	Intervalo
SEXO		Genotipo	Masculino	Norinal
			Femenino	Norinal
			Universitario	Norinal
			Técnico	Norinal
GRADO DE INSTRUCCIÓN		Certificado de Estudios	Secundaria Completa	Norinal
			Secundaria Incompleta	Norinal
			Primaria Completa	Norinal
			Primaria Incompleta	Norinal
			Dependiente	Norinal
ACTIVIDAD LABORAL			Independiente	Norinal
			Sin Actividad	Norinal
TIPO DE SEGURO			No tiene	Norinal
			SIS	Norinal
			ESSALUD	Norinal
			Privado	Norinal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Esta investigación es de diseño descriptivo y de corte transversal

4.2 Población y Muestra

La población, objeto de estudio, está constituido por todas las persona mayores de 20 años de edad que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi.

El Centro de Salud Bolognesi se encuentra ubicado en la Av. Basadre y Forero # 2119 del distrito, provincia y departamento Tacna, y, su jurisdicción abarca los siguientes límites:

Por el norte: Av. Industrial

Por el Este: Av. Jorge Basadre G.

Por el Oeste: Av. Pinto

Por el sur: Celestino Vargas, Urb. Tacna y Av. Bolognesi.

4.3 Tamaño de la Muestra

Considerando que la población es de tipo finita; que el nivel de medición de la variable relevante es de naturaleza cualitativa; que la población accesible conocida (N) es de 11216 personas y que la proporción de personas afectadas por el problema en estudio (automedicación) es de 44% (P); se realizó un estudio basado en porcentajes, empleando un Nivel de Confianza, Intervalo de Confianza o Margen de Certeza de un 95%

(tendremos=1,96). Asimismo se admitió un error propuesto (e) del 5% y la probabilidad de la población que no presenta esas características (Q) es de 56%, para la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi. Por lo expuesto, para estimar el tamaño de la muestra (n) en este estudio se empleó la siguiente fórmula:

- Fórmula estadística para determinar el tamaño de muestra (cálculo del tamaño muestral)

$$n = \frac{Nz^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1)e^2 + z^2 \cdot P \cdot Q}$$

- Donde:

N: Población

p: prevalencia = 44% (según estudio de Tello 2005)

q = 56%

z: 95% = 1,96 (coeficiente de confiabilidad)

e: 5% (error permisible)

- Obteniendo **n = 366,51**

Se establecerán criterios de inclusión y exclusión.

4.3.1. Criterios de Inclusión:

- Las personas deben pertenecer a la jurisdicción del C. S. Bolognesi.
- Personas con antecedentes de dolor o inflamación en la cavidad bucal.

- Personas que tengan 20 años cumplidos o más.
- Personas de ambos sexos.
- Personas que no presenten prescripción médica

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- Personas que no pertenezcan a la jurisdicción del C. S. Bolognesi.
- Personas que no hayan tenido antecedentes de dolor o inflamación en la cavidad bucal.
- Personas que tengan 19 años o menos.
- Personas que presenten enfermedades sistémicas.
- Personas que presenten prescripción médica.

4.4 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento consta de dos bloques:

- El primero de ellos hace referencia a los datos de filiación de la persona (edad, sexo, grado de instrucción, actividad económica, tipo de seguro, estado civil y lugar de nacimiento)
- El segundo refleja la manera en que actúan las personas frente a los signos y/o síntomas de origen estomatológico

La confiabilidad del instrumento para evaluar el problema:

- El instrumento reporta una confiabilidad de 0,81 al aplicar el método de Alpha de Cronbach.

4.4.1 Procedimiento

El procedimiento para la recolección de los datos fue autoadministrado a los pobladores mayores de 20 años pertenecientes a la jurisdicción del C. S. Bolognesi, el cual reflejará posibles Factores Condicionantes que hagan elegir la automedicación por encima de la consulta odontológica.

4.5 Procedimientos de análisis de datos

4.5.1 Revisión

Se examinó en forma crítica cada una de las encuestas con los datos para verificar si estaban completas, si existían omisiones o errores.

4.5.2 Codificación

Para favorecer una mejor tabulación y análisis estadístico de los datos se creó una base de datos (Tabla Matriz) electrónica, para lo cual se convirtieron los datos en códigos o claves que fueron numéricas, lo cual facilitó el manejo estadístico por computadora.

4.5.3 Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos se hizo uso de la hoja de cálculo de Excel y el programa SPSS Versión 15 y para el análisis de las diferentes variables en estudio.

4.5.4 Presentación de datos

La información se dará a conocer en el siguiente capítulo por medio de tablas y gráficos, las tablas son generales (descriptivas) y específicas (en función de los objetivos).

CAPÍTULO V

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPOS ETÁREOS Y GÉNERO

Tabla N° 1: Pobladores de la jurisdicción del C. S. Bolognesi distribuidos según grupo etáreo y género al 2008.

Clase	Rango de edades años		Varones		Mujeres		Total	
	Inferior	Superior	n	%	n	%	n	%
1	20	44	122	67.03%	146	66.97%	268	67.00%
2	45	59	37	20.33%	49	22.48%	86	21.50%
3	60	más	23	12.64%	23	10.55%	46	11.50%
Total			182	100.00%	218	100.00%	400	100.00%

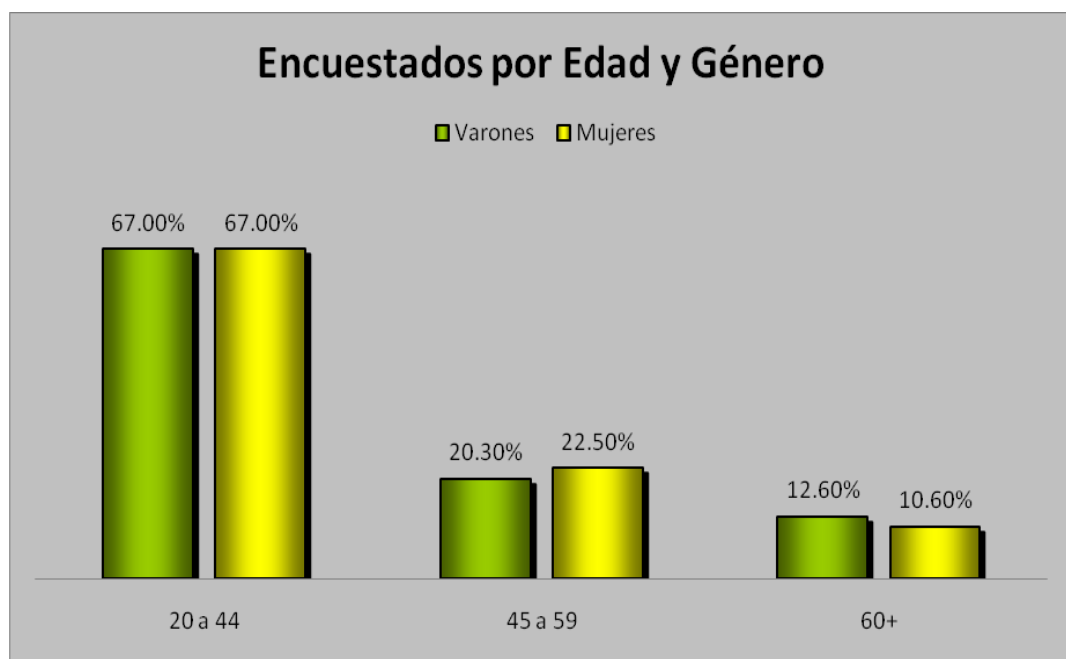
Fuente: Recopilación propia

Tabla N° 1.1: Medidas de las Tendencias Centrales de las Edades de los pobladores encuestados pertenecientes a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.

	Varones	Mujeres	Total
Recuento	182	218	400
Promedio	38,1099	38,8899	38,535
Mediana	32,5	32,5	32,5
Moda	20	20	20
Desviación Estándar	15,6176	14,9092	15,2213
Error Tip. de la Media	1,158	1,010	0,761
t de students	32,920	38,513	50,633
Mínimo	20	20	20,0
Máximo	82	85	85,0

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 1: Varones y mujeres encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por edades.



Fuente: Tabla N° 1

Interpretación

Se puede apreciar que de los pobladores encuestados, para el presente trabajo, presentan una distribución por Grupos etáreos de la siguiente manera:

El 67,00% de los pobladores tienen edades de 20 a 44 años, y el 21,50% tienen edades de 45 a 59 años.

Puede apreciarse que la distribución por edades en varones y mujeres tiene tendencias similares.

Respecto a las medidas de las tendencias centrales se tiene que la edad promedio es de 38,54 años, la mediana es de 32,5 años y la moda es de 20 años.

Asimismo se puede apreciar que hay más mujeres (54,5%) que hombres (45,5%).

El valor del estadístico “t” calculado es mayor que el “t” tablas, por lo tanto la distribución tiene una aceptación estadística en forma altamente significativa ($p > 0,001$).

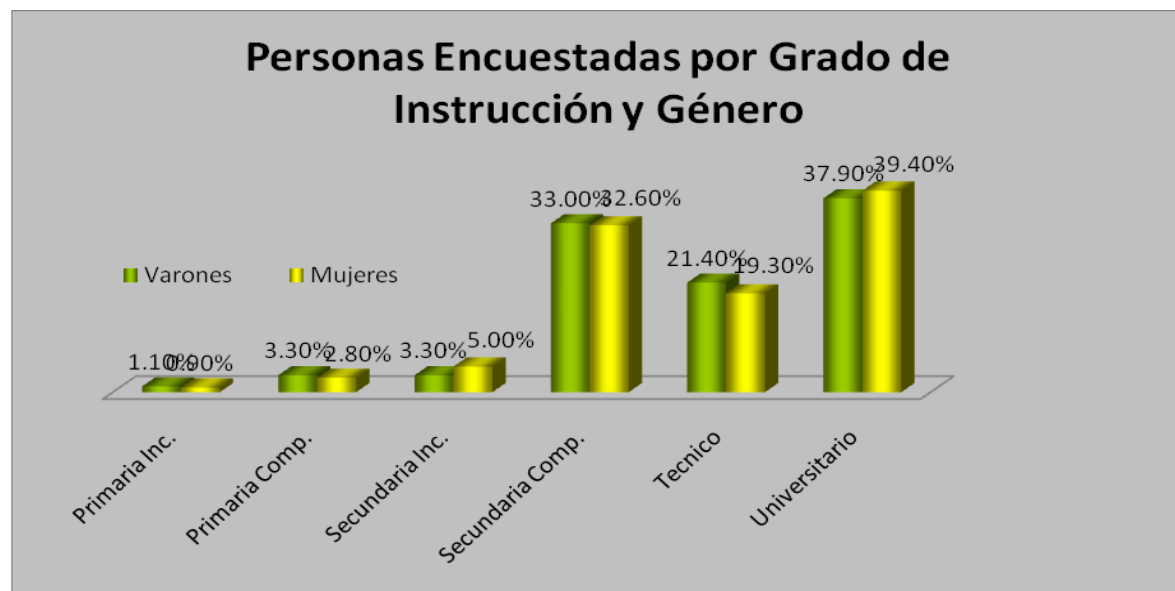
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y
GÉNERO**

Tabla N° 2: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi distribuidos según grado de instrucción y género

Instrucción	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primaria incompleta	2	1.10%	2	0.92%	4	1.00%
Primaria completa	6	3.30%	6	2.75%	12	3.00%
Secundaria incompleta	6	3.30%	11	5.05%	17	4.25%
Secundaria completa	60	32.97%	71	32.57%	131	32.75%
Técnico	39	21.43%	42	19.27%	81	20.25%
Universitario	69	37.91%	86	39.45%	155	38.75%
Total	182	100.00%	218	100.00%	400	100.00%

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 2: Varones y mujeres encuestadas de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por nivel educacional.



Fuente: Tabla N° 2

Interpretación

De la población encuestada el 38,75% poseen estudios universitarios, el 32,75% tienen secundaria completa y el 20,25 % estudios de una carrera técnica.

También se observa que tienen niveles educativos similares los hombres y las mujeres.

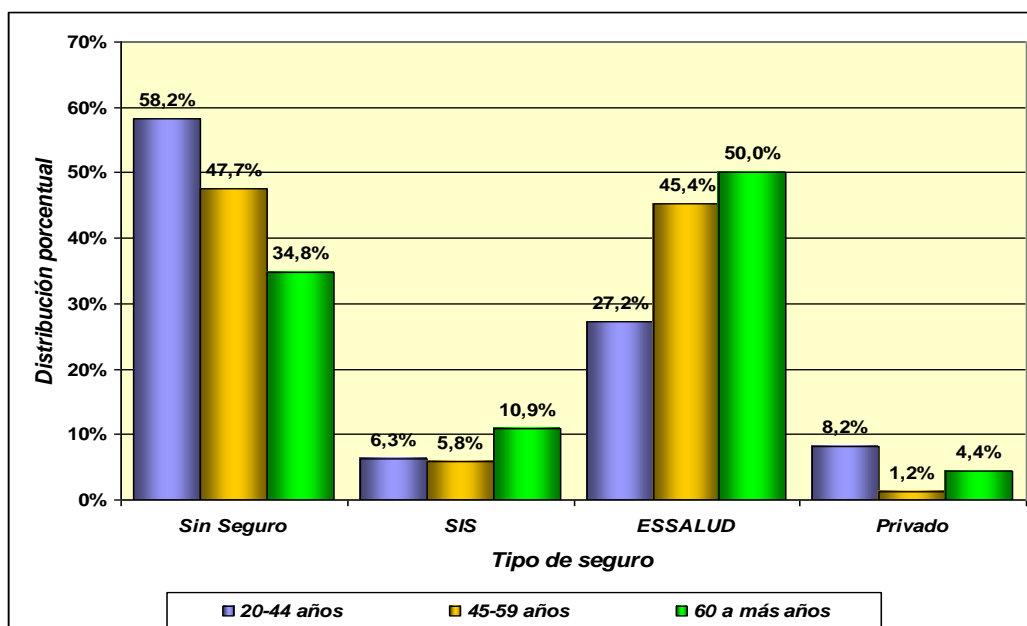
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIPO DE SEGURO
SOCIAL QUE POSEE Y GRUPO ETÁREO**

Tabla N° 3: Pobladores encuestados pertenecientes a la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por tipo de seguro social y grupo etáreo.

Tipo de Seguro	Grupo Etáreo							
	20-44		45-59		60 a más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Seguro	156	58,21%	41	47,67%	16	34,78%	213	53,25%
SIS	17	6,34%	5	5,81%	5	10,87%	27	6,75%
ESSALUD	73	27,24%	39	45,35%	23	50,00%	135	33,75%
Privado	22	8,21%	1	1,16%	2	4,35%	35	6,25%
Total	268	100%	86	100%	46	100%	400	100%

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 3: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por el tipo de seguro social y grupo etáreo.



Fuente: Tabla N° 3

Interpretación

El 53,25% de la población no tiene seguro y de estos el 58,2% corresponden al grupo etáreo de 20 a 44 años y el 47,7% al grupo etáreo de 45 a 59 años.

El 33,37% de la población cuentan con seguro en ESSALUD, asimismo se observa que el 50% corresponden al grupo etáreo de más de 60 años y el 45.4% al grupo etáreo de 45 a 59 años. Estadísticamente tiene una aceptación en forma muy significativa.

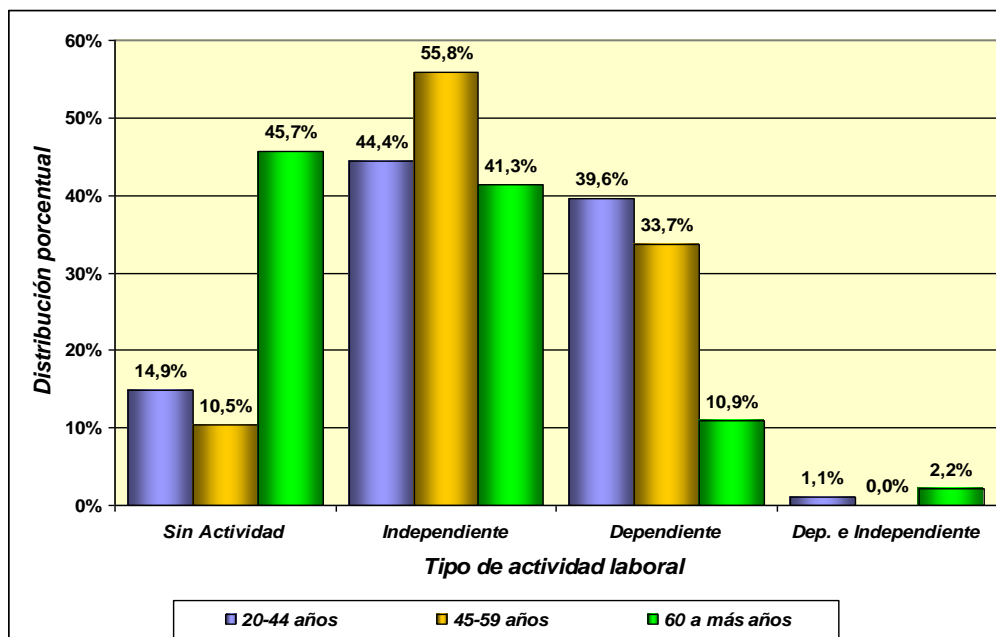
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA Y GRUPO ETÁREO

Tabla N° 4: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por actividad económica y grupo etáreo.

Actividad Económica	Grupo Etáreo							
	20-44		45-59		60 a más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Actividad	40	14,93%	9	10,47%	21	45,65%	70	17,50%
Independiente	119	44,40%	48	55,81%	19	41,30%	186	46,50%
Dependiente	106	39,55%	29	33,72%	5	10,87%	140	35,00%
Dep. e Indep.	3	1,12%	0	0,00%	1	2,17%	4	1,00%
Total	268	100%	86	100%	46	100%	400	100%

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 4: Pobladores encuestados clasificados por actividad económica que realizan y grupo etáreo.



Fuente: Tabla N° 4

Interpretación

El 46,50% de la población es independiente y de estos el 55,81% corresponden al grupo etáreo de 45 a 59 años, el 44,4% al grupo de 20 a 44 años y el 41,3% al grupo de más de 60 años. El 35% de la población tienen una actividad dependiente, se observa que 39,55% corresponden al grupo de 20 a 44 años y el 33,72% al grupo 45 a 59 años. Los mayores de 60 años en un 45,65% no desarrollan ninguna actividad. Estadísticamente tiene una aceptación en forma muy significativa.

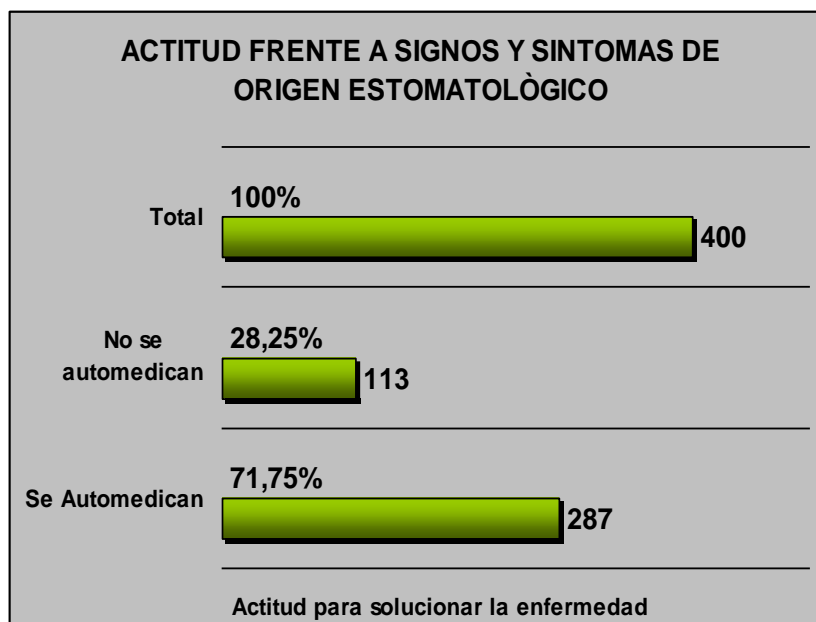
**PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y
SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO**

Tabla N° 5: Prevalencia de automedicación en pacientes que presentaron signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años perteneciente a la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.

ACCIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	POBLADORES ENCUESTADOS	
	N	Porcentaje
Se Automedican	287	71,75%
No se automedican	113	28,25%
Total	400	100%

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 5: Actitud de los pobladores encuestados frente a signos y síntomas de origen estomatológico.



Fuente: Tabla N° 5

Interpretación

Del total de encuestados cuya cifra es de 400 el 28.95% nunca se automedicó ante sintomatología estomatológica activa, mientras que el 71.75% se automedicó con fármacos, con medicina alternativa o con ambas.

PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO SEGÚN GÉNERO

Tabla N° 6: Prevalencia de automedicación en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi según género.

ACTITUD FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
No se automedican	47	25,82%	66	30,28%	113	28,95%
Automed. con Fármacos	101	55,49%	113	51,83%	214	53,50%
Automed. con Medicina alternativa	23	12,74%	26	11,93%	49	12,25%
Automed. con Fármacos + M. A.	11	6,04%	13	5,96%	24	6,00%
TOTAL	182	100%	218	100%	400	100%

Fuente: Recopilación propia

Tabla No

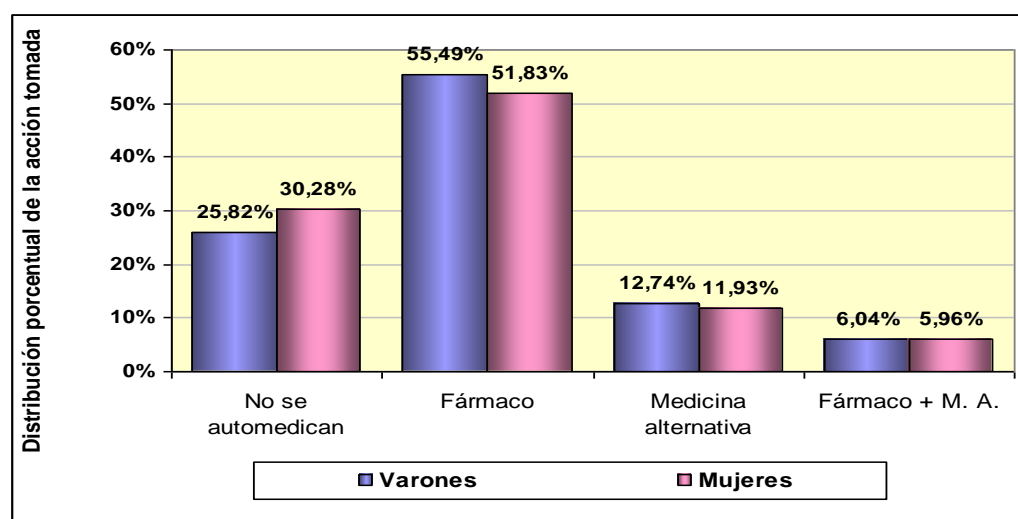
Significativa

Chi cuadrado calculado (X^2) = 0,9859

g.l. = 3

Chi cuadrado tablas (X^2) (para $p = 0,10$) = 6,251

Gráfico N° 6: Actitud de los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según género.



Fuente: Tabla N° 6

Interpretación

Según sexo, se encuestaron 182 varones de los cuales el 25,82% nunca se automedicó, mientras que el 74,18% se automedicó con fármacos (55,49%), medicina alternativa (12,64%), o con ambos (6,04%). De las 218 mujeres encuestadas, observamos que el 30,28% nunca se automedicó, por lo tanto el 69,72% se automedicó con fármacos (51,83%), medicina alternativa (11,93%) o con ambos (5,96%).

PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO SEGÚN GRUPO ETÁREO

Tabla N° 7: Prevalencia de automedicación en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi según grupo etáreo.

ACTITUD FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	GRUPO ETÁREO							
	20 -44		45 - 59		60 a más		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No se automedican	77	28,73%	22	25,58%	14	30,43%	113	28,25%
Automed. Con Fármaco	152	56,72%	44	51,16%	18	39,13%	214	53,50%
Automed. con Medicina alternativa	25	9,33%	15	17,44%	9	19,57%	49	12,25%
Automed. con Fármaco + M. A.	14	5,22%	5	5,82%	5	10,87%	24	6%
TOTAL	268	100%	86	100%	46	100%	400	

Fuente: Recopilación propia.

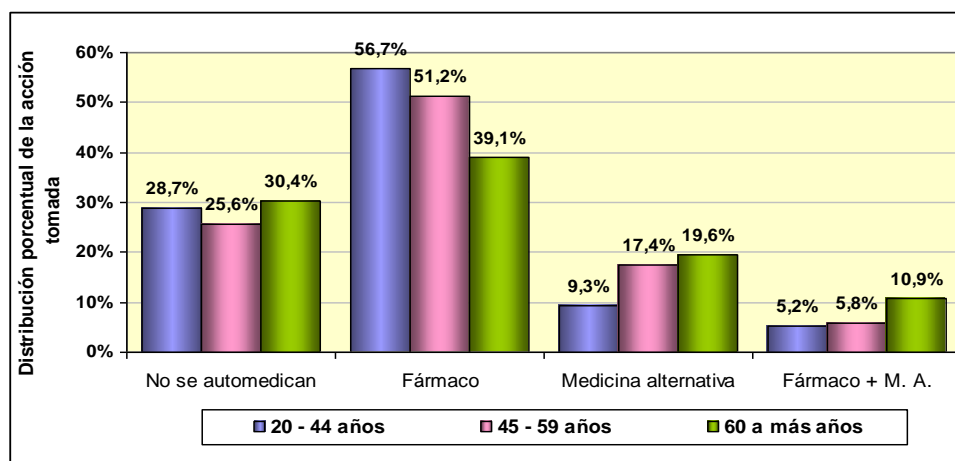
Tabla No Significativa

Chi cuadrado calculado (X^2) = 10,56

g.l. = 6

Chi cuadrado tablas (X^2) (para $p = 0,10$) = 10,64

Gráfico N° 7: Actitud de los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según grupo etáreo.



Fuente: Tabla N° 7

Interpretación

Según la edad, de 268 encuestados encontrados entre los 20 y 44 años nunca se automedicó el 28,73%, mientras que el 71,27% se automedicó con fármacos (56,72%), medicina alternativa (9,33%), o con ambos (5,22%). De los 86 encuestados comprendidos entre los 45 y 59 años, el 25,58% nunca se automedicó, por lo tanto el 74,43% se automedicó con fármacos (51,16%), medicina alternativa (17,44%) o con ambos (5,82%). Finalmente de los 46 encuestados mayores de 60 años, el 30,43% no se automedicó, mientras que el 69,57% lo hizo con fármacos (39,13%), medicina alternativa (19,57%) o con ambos (10,87%).

**PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y
SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO SEGÚN POSESIÓN DE
SEGURO**

Tabla N° 8: Prevalencia de automedicación en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi según el tipo de seguro que poseen.

ACTITUD FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	SEGURO					
	NO		SI		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
No se automedican	55	29,10%	58	35,80%	113	32,19%
Automed. con Fármacos	116	61,38%	98	60,49%	214	60,97%
Aut omed. con Fármaco + M. A.	18	9,52%	6	3,70%	24	6,84%
TOTAL	189	100%	162	100%	351	

Fuente: Recopilación propia

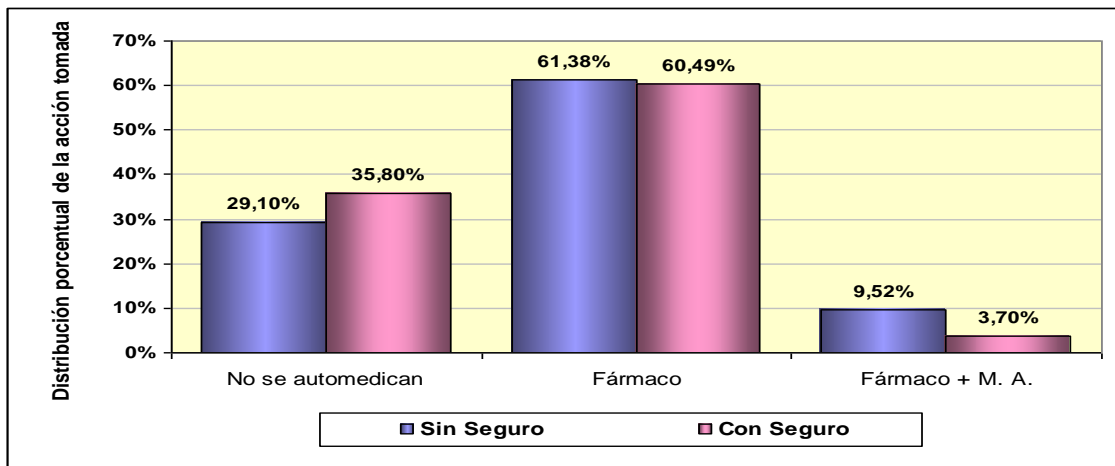
Tabla Significativa

Chi cuadrado calculado (X^2) = 5,549579

g.l. = 2

Chi cuadrado tablas (X^2) (para $p = 0,10$) = 4,605

Gráfico N° 8: Actitud de los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según el tipo de seguro que poseen.



Fuente: Tabla N° 8

Interpretación

Según el tipo de seguro, de 189 encuestados que no poseen seguro el 29.10% nunca se automedicó, mientras que el 70,90% se automedicó con fármacos (61,38%), o con fármacos más medicina alternativa (9,52%). De las 162 personas que sí tenían algún tipo de seguro, observamos que el 35,80% nunca se automedicó, por lo tanto el 64,19% se automedicó con fármacos (60,49%) y con una mezcla de fármacos con medicina alternativa (3,70%).

**PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y
SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO SEGÚN ACTIVIDAD
ECONÓMICA QUE REALIZAN**

Tabla N° 9: Prevalencia de automedicación en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi según actividad económica que realizan.

ACTITUD FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	ACTIVIDAD ECONÓMICA							
	No trabaja		Independiente		Dependiente		Dep. e Indep.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No se automedican	22	31,43%	45	24,19%	45	32,14%	1	25,00%
Automed. con Fármacos	32	45,71%	11	59,68%	69	49,29%	2	50,00%
Automed. con Medicina alternativa	10	14,29%	18	11,29%	18	12,86%	0	0,00%
Automed. con Fármacos + M. A.	6	8,57%	9	4,84%	8	5,71%	1	25,00%
TOTAL	70	100%	186	100%	140	100%	4	100%

Fuente: Recopilación propia.

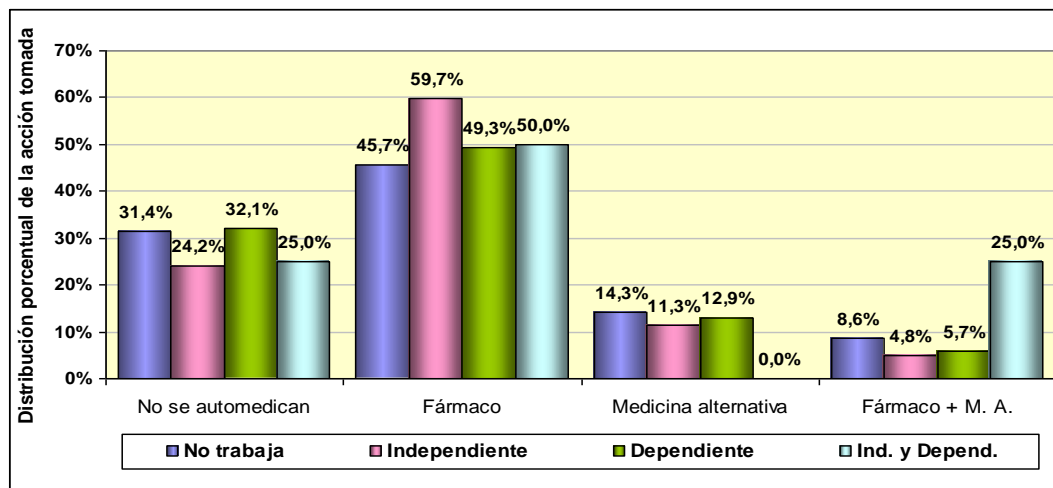
Tabla No Significativa

Chi cuadrado calculado (X^2) = 9,217

g.l. = 9

Chi cuadrado tablas (X^2) (para $p = 0,10$) = 14,684

Gráfico N° 9: Actitud de los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según actividad económica que realizan.



Fuente: Tabla N° 9

Interpretación

Según la actividad económica, de 70 encuestados que no trabajan el 31,43% nunca se automedicó, mientras que el 68,57% lo hace con fármacos (45,71%), medicina alternativa (14,29%) o con ambos (8,57%). De los 186 encuestados que tienen actividad económica independiente el 24,19% no se automedicó, obteniendo el 75,81% se automedicó con fármacos (59,68%), medicina alternativa (11,29%) o con ambos (4,84%). De los 140 trabajadores dependientes el 32,14% nunca se automedicó, mientras que el 67,86% lo hizo con fármacos (49,29%), medicina alternativa (12,86%) o con ambos (5,71%). Finalmente de los 4 encuestados que poseen actividad económica dependiente e independiente a la vez el 25,00% no se automedicó, obteniendo el 75,00% para los que si lo hicieron con fármacos (50,00%), medicina alternativa (0,00%) o con ambos (25,00%).

PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 10: Prevalencia de automedicación en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi según grado de instrucción.

ACTITUD FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS	GRADO DE INSTRUCCIÓN											
	PI		PC		SI		SC		T		U	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No se automedican	1	25,00	5	41,67	5	29,41	31	23,66	28	34,57	43	27,74
A. con Fármacos	1	25,00	4	33,33	8	47,00	72	54,96	41	50,62	88	56,77
A. con M.A.	1	25,00	0	0,00	3	17,65	16	12,21	11	13,58	18	11,61
A con Fármaco + M A.	1	25,00	3	25,00	1	5,08	12	9,16	1	1,23	6	3,87
TOTAL	4	100	12	100	17	100	131	100	81	100	155	100

Fuente: Recopilación propia.

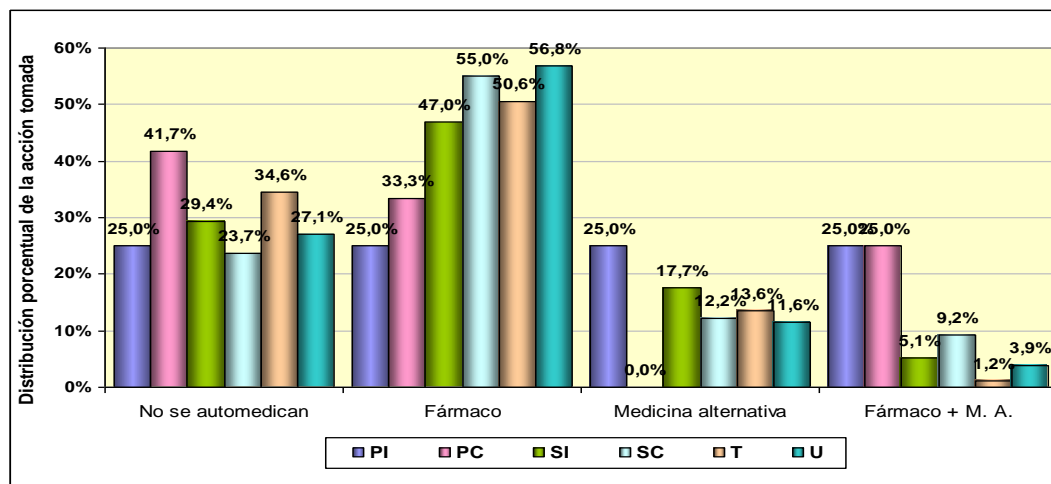
Tabla Significativa

Chi cuadrado calculado (X^2) = 23,6796

g.l. = 15

Chi cuadrado tablas (X^2) (para $p = 0,10$) = 23,307

Gráfico N° 10: Actitud de los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según grado de instrucción.



Fuente: Tabla N° 10.

Interpretación

En la Tabla y Gráfico N° 10 observamos que la prevalencia de automedicación es significativamente mayor en los que poseen grado de instrucción secundaria completa (76,33%), técnico (65,43) y universitario (72,25%).

La Tabla N° 10 tiene significancia estadística.

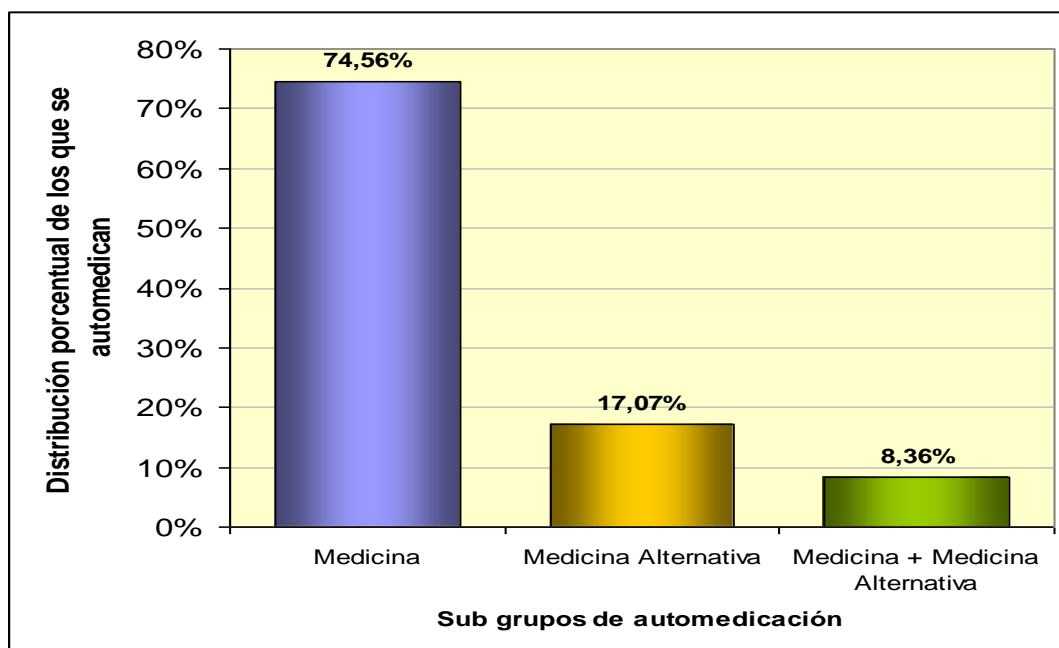
**TIPO DE AUTOMEDICACIÓN FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
ORIGEN ESTOMATOLÓGICO**

Tabla N° 11: Prevalencia de automedicación con medicina alternativa en los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi.

Tipo de automedicación		Personas automedicados	
		N	Porcentaje
Tomó sólo Medicina	Analgésico y/o antiinflamatorio (AINE)	159	55,40%
	Antibiótico	8	2,79%
	No recuerda que medicina tomó	45	15,68%
	AINE + Antibiótico	2	0,70%
Tomó sólo Medicina Alternativa (MA)		49	17,07%
Tomó Medicina + MA	AINE + MA	16	5,57%
	Antibiótico + MA	1	0,35%
	No recuerda que medicina tomó + MA	7	2,44%
Total automedicados		287	100,00%

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 11: Pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según tipo de automedicación.



Fuente: Tabla N° 11

Interpretación

En el gráfico N° 11 se observa que el 74,56% de la población que se automedica utiliza sólo medicina, el 17,07% utiliza medicina alternativa y el 8,36% combina la medicina con la medicina alternativa.

En el cuadro N° 11 se aprecia que el 55,40% consume Analgésicos y/o antiinflamatorios (AINE).

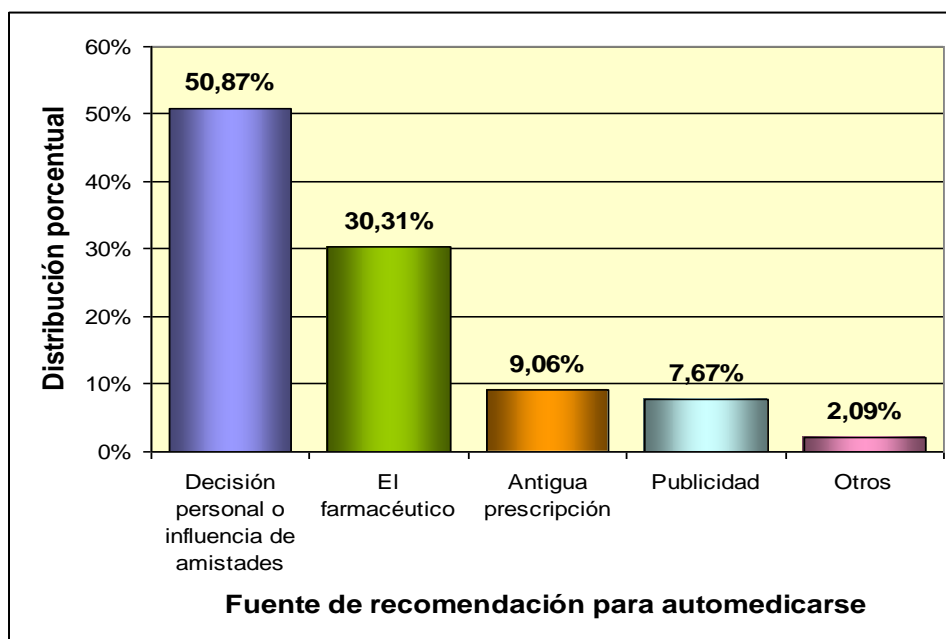
**FUENTE DE RECOMENDACIÓN PARA LA AUTOMEDICACIÓN
FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO**

Tabla N° 12: Pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico clasificados por la fuente de recomendación para la automedicación.

Recomendación del medicamento	Personas automedicados	
	n	Porcentaje
Decisión personal o influencia de amistades	146	50,87%
El farmacéutico	87	30,31%
Antigua prescripción	26	9,06%
Publicidad	22	7,67%
Otros	6	2,09%
Total	287	100,00%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 12: Pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según fuente de recomendación para la automedicación.



Fuente: Tabla N° 12

Interpretación

En la Tabla y Gráfico N° 12 observamos que el 50,87% de las personas que se automedicaron (287) lo hicieron por decisión propia, influencia de familiares o amistades, el 30,31% lo hizo por recomendación del farmacéutico, seguidos por los que utilizaron una antigua prescripción con un 9,06%, mientras que el 7,67% se dejó guiar por la publicidad, finalmente otras fuentes de recomendación en un 2,09%.

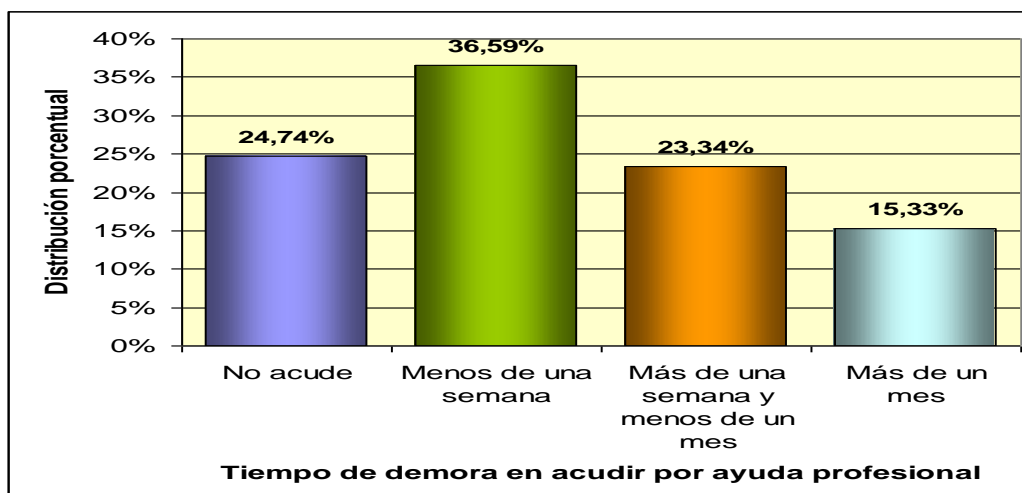
**TIEMPO TRANSCURRIDO PARA ACUDIR A LA AYUDA
PROFESIONAL DESPUÉS DE LA AUTOMEDICACIÓN**

Tabla N° 13: Tiempo que esperaron los pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi para acudir al odontólogo.

Tiempo transcurrido para la ayuda profesional	Personas automedicados	
	N	Porcentaje
No acude	71	24,74%
Menos de una semana	105	36,59%
Más de una semana y menos de un mes	67	23,34%
Más de un mes	44	15,33%
Total	287	100,00%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 13: Pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según el tiempo que esperaron para acudir al odontólogo.



Fuente: Tabla N° 13

Interpretación

La Tabla y Gráfico N° 13 muestra que, de 287 personas que si se automedicaron, el 24,74% nunca acudió por ayuda profesional después de haber aplicado alguna sustancia para atenuar la sintomatología activa, mientras que, a los que acudieron en menos de una semana se les asignó el 38,69%, a los que acudieron por ayuda entre más de una semana pero menos de un mes estuvo constituido por el 28,84%, restando el 15,33% para aquellos que esperaron más de un mes para acudir a la consulta o por ayuda profesional.

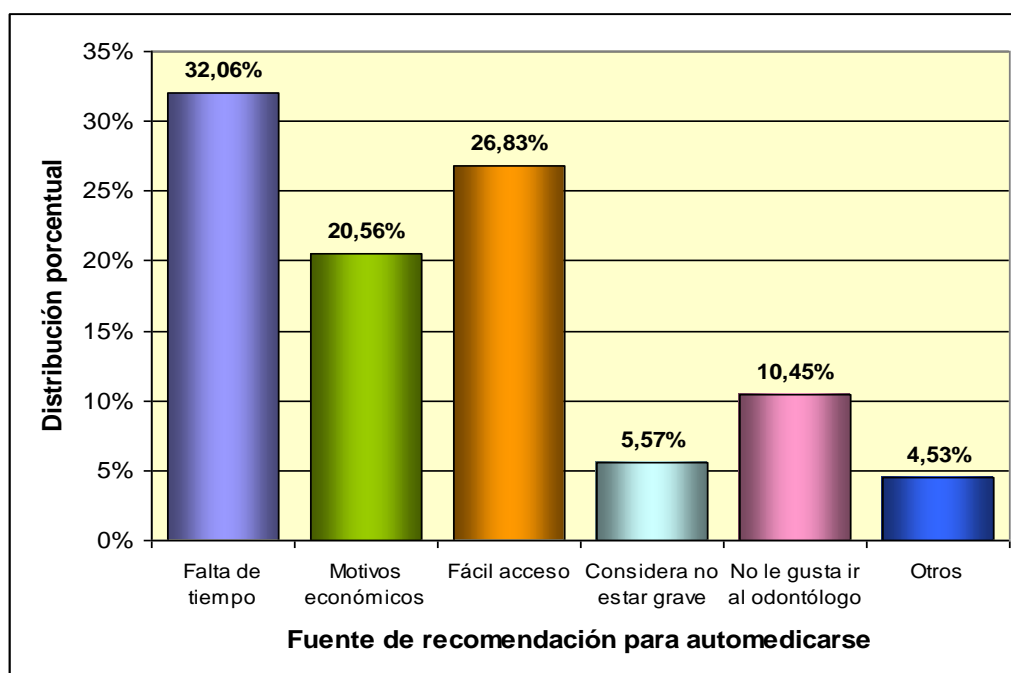
**MOTIVOS POR LOS CUALES LA POBLACIÓN DECIDE
AUTOMEDICARSE**

Tabla N° 14: Pobladores que se automedican de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados según el motivo que desencadenó la automedicación.

Motivo que lo indujo a automedicarse	Personas automedicados	
	n	Porcentaje
Falta de tiempo	92	32,06%
Motivos económicos	59	20,56%
Fácil acceso a la sustancia	77	26,83%
Considera que su enfermedad no es de gravedad	16	5,57%
No le gusta ir al médico u odontólogo	30	10,45%
Otros	13	4,53%
Total	287	100,00%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 14: Pobladores que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi frente a signos y síntomas de origen estomatológico según el motivo que desencadenó la automedicación.



Fuente: Tabla N° 14

Interpretación

En la Tabla y Gráfico N° 14 observamos que de los 287 encuestados que se automedicaron, el 32,06% respondió que el motivo que indujo a la automedicación fue la falta de tiempo, seguido por el 26,83% que puso como motivo al fácil acceso a las sustancias (fármacos y/o medicina alternativa), mientras que el 20,56% afirma no tener recursos económicos para acceder a un consultorio odontológico, al 10,45% no le gusta ir al odontólogo, el 5,57% considera que su enfermedad no es de gravedad, y por último se le asigna a otros motivos el 4,53%.

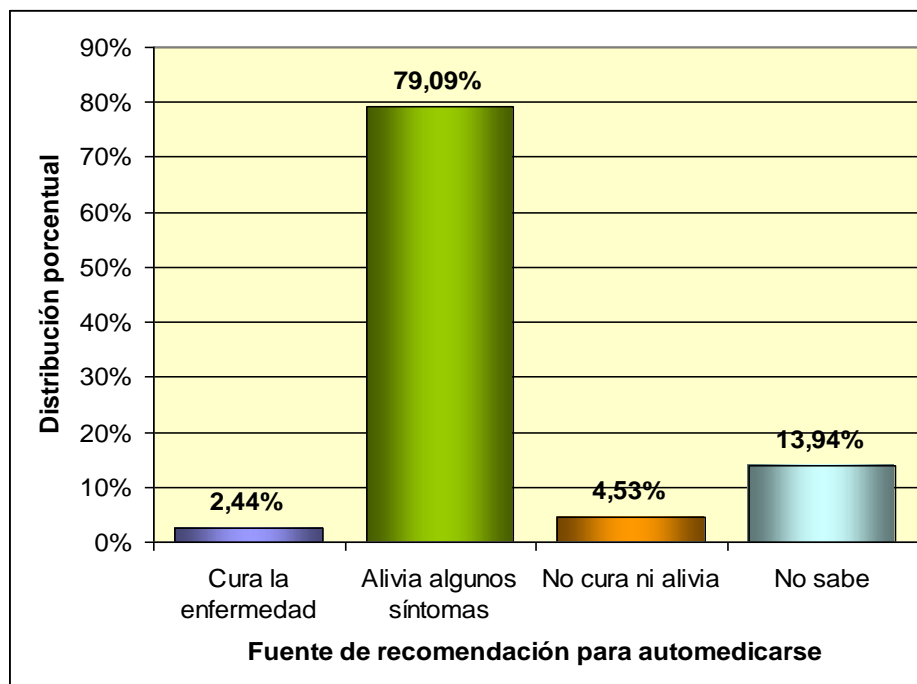
JUSTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE LA SUSTANCIA

Tabla N° 15: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedican clasificados según la justificación de la automedicación al año 2008.

Justifican la automedicación	Personas automedicados	
	n	%
Cura la enfermedad	7	2,44%
Alivia algunos síntomas	227	79,09%
No cura ni alivia	13	4,53%
No sabe	40	13,94%
Total	287	100,00%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 15: Pobladores de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por la justificación de la automedicación.



Fuente: Tabla N° 15

Interpretación

Observamos que de los 287 encuestados que se automedicaron, el 79,09% afirmó que las sustancias utilizadas frente a sintomatología activa sólo alivia algunos síntomas, el 2,44% afirma que las sustancias utilizadas curan la enfermedad, el 4,53% dijo que no curaba ni aliviaba el dolor de la enfermedad, mientras que el 13,94% no conocía el efecto de la sustancia en sí.

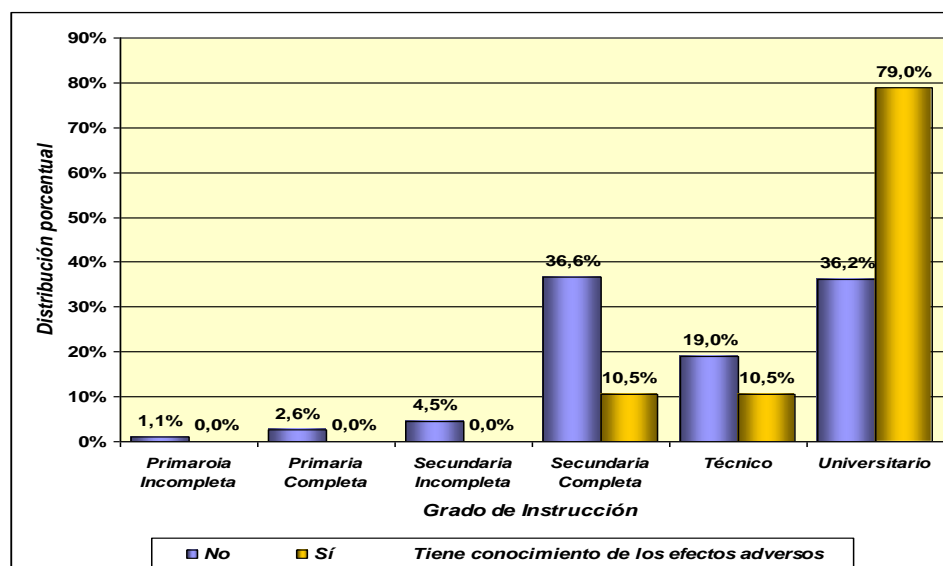
CONOCIMIENTO DE EFECTOS ADVERSOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 16: Pobladores encuestados que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por el grado de instrucción y conocimiento de efectos adversos al año 2008.

Instrucción	Conocimiento de los efectos adversos			
	No	Porcentaje	Si	Porcentaje
Primaria incompleta	3	1,12%	0	0,00%
Primaria completa	7	2,61%	0	0,00%
Secundaria incompleta	12	4,48%	0	0,00%
Secundaria completa	98	36,57%	2	10,53%
Técnico	51	19,03%	2	10,53%
Universitario	97	36,19%	15	78,95%
Total	268	100,00%	19	100,00%

Fuente: Recopilación Propia

Gráfico N° 16: Pobladores encuestados que se automedicaron de la jurisdicción del C. S. Bolognesi clasificados por el grado de instrucción y conocimiento de efectos adversos al año 2008.



Fuente: Tabla N° 16

Interpretación

En la Tabla N° 16 observamos que de 287 personas que se automedicaron, el 93,38% (268) no conocían los efectos adversos de las sustancias consumidas mientras que el 6,62% (19) si tenían noción de dichos efectos adversos. De las 268 personas que no conocían los efectos adversos, el 36,19% tienen grado de instrucción universitario, el 36,57% grado de instrucción secundaria completa, el 19,03% grado de instrucción técnico, mientras que el 4,48%, 2,61% y 1,12% pertenecen al grado de instrucción secundaria incompleta, primaria completa y primaria incompleta respectivamente. De las 19 personas que si conocían los efectos adversos, el 78,95% lo conformaban los encuestados que tenían grado de instrucción universitario, mientras que el 10,53% estaba constituido por los que tenían grado de instrucción secundaria completa al igual que grado de instrucción técnico.

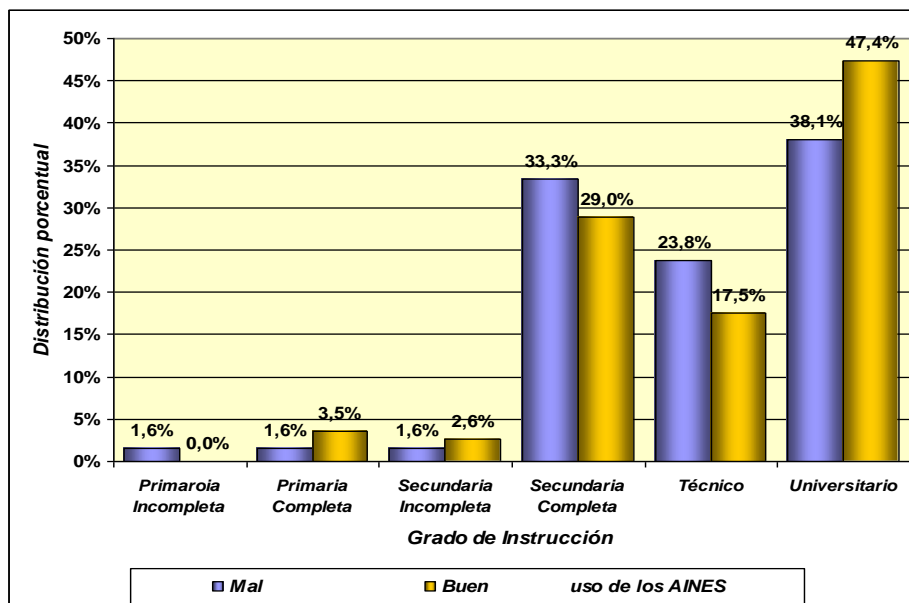
EVALUACIÓN DEL USO DE LOS AINES EN LA AUTOMEDICACIÓN

Tabla N° 17: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron clasificados por grado de instrucción y según el buen o mal uso de los AINES al año 2008.

Instrucción	Mala		Buena	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Primaria incompleta	1	1,59%	0	0,00%
Primaria completa	1	1,59%	4	3,51%
Secundaria incompleta	1	1,59%	3	2,63%
Secundaria completa	21	33,33%	33	28,95%
Técnico	15	23,81%	20	17,54%
Universitario	24	38,10%	54	47,37%
Total	63		114	

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 17: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron clasificados por grado de instrucción y según el buen o mal uso de los AINES al año 2008.



Fuente: Tabla N° 17

Interpretación

Observamos que de 177 encuestados que se automedicaron con AINES, el 35,59% (63 personas) lo hicieron de forma errada, mientras que el 64,41% (114 personas) utilizaron los AINES de manera adecuada. De las 63 personas que hicieron mal uso de los AINES el 38,10% tienen grado de instrucción universitario, el 33,33% es asignado para el grado de instrucción secundaria completa, el 23,81% lo representan los que tienen grado de instrucción técnico, y 1,59% para el grado de instrucción secundaria incompleta, primaria completa y primaria incompleta. De las 114 personas que hicieron un uso adecuado de los AINES, el 47,37% corresponde a los que tienen grado de instrucción universitario, el 28,95% los que tienen grado de instrucción secundaria completa, el 17,54% es asignado para los que tienen estudios técnicos, mientras que el 2,63% y 3,51% es

para los que tienen grado de instrucción secundaria incompleta y primaria completa respectivamente.

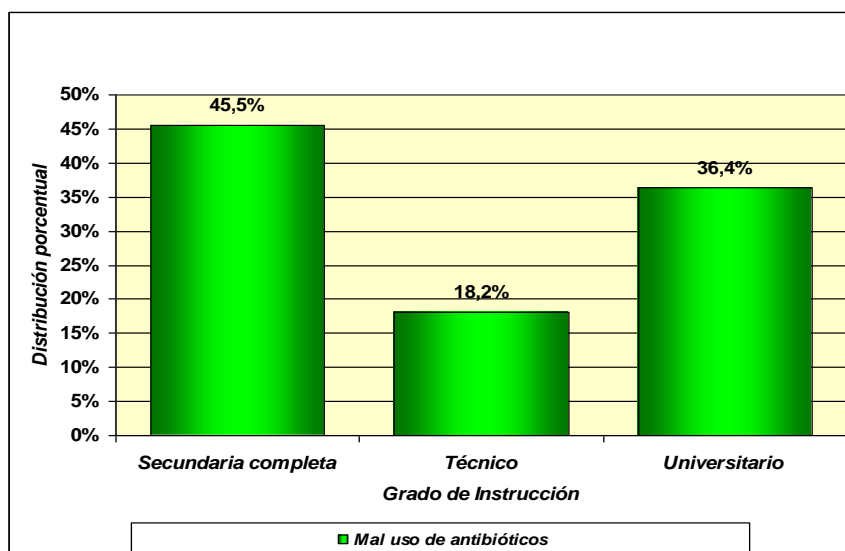
EVALUACIÓN DEL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LA AUTOMEDICACIÓN

Tabla N° 18: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron clasificados por grado de instrucción y según el buen o mal uso de los antibióticos al año 2008.

Instrucción	Mala	
	n	Porcentaje
Secundaria completa	5	45,46%
Técnico	2	18,18%
Universitario	4	36,36%
Total	11	

Fuente: Recopilación propia

Gráfico N° 18: Pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron clasificados por grado de instrucción y según el buen o mal uso de los antibióticos al año 2008.



Fuente: Tabla N° 18

Interpretación

La Tabla N° 18 muestra que existen 11 personas que se automedicaron con antibióticos, de los cuales el 45,46% tenían grado de instrucción secundaria completa, el 36,36% se le asignó a los que tenían grado de instrucción universitario y por último el 18,18% estaba constituido por los que tenían grado de instrucción técnico.

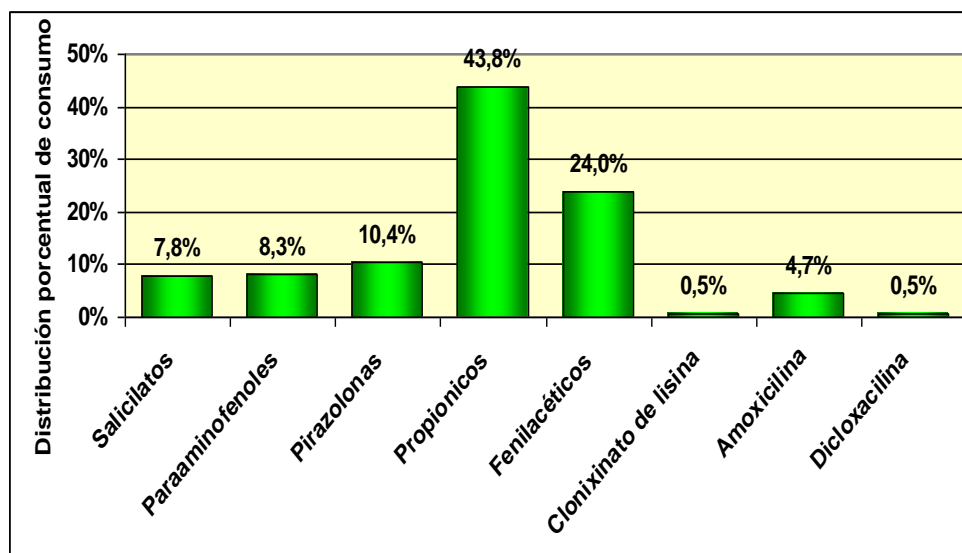
FÁRMACOS CONSUMIDOS POR LOS ENCUESTADOS QUE SE AUTOMEDICARON

Tabla N° 19: Fármacos consumidos por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron al año 2008.

FÁRMACOS		NÚMERO	PORCENTAJE
AINES	Salicilatos	15	7,82%
	Paraaminofenoles	16	8,33%
	Pirazolonas	20	10,42%
	Propionicos	84	43,75%
	Fenilacéticos	46	23,96%
	Clonixinato de lisina	1	0,52%
ANTIBIÓTICOS (penicilinas)	Amoxicilina	9	4,68%
	Dicloxacilina	1	0,52%
TOTAL		192	100%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 19: Fármacos consumidos por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron al año 2008.



Fuente: Tabla N° 19

Interpretación

La Tabla y Gráfico N° 19 da a conocer los fármacos que los pobladores usaron para automedicarse siendo el de mayor frecuencia los AINES con 94,80% (n=182) de los cuales el grupo más consumido fue el de los Propiónicos con el 43,75% (n=84) seguido por los Fenilacéticos con el 23,96% (n=46) siendo estos los más destacados.

El porcentaje asignado para los antibióticos empleados en la automedicación es de 5,20% siendo todas ellas penicilinas.

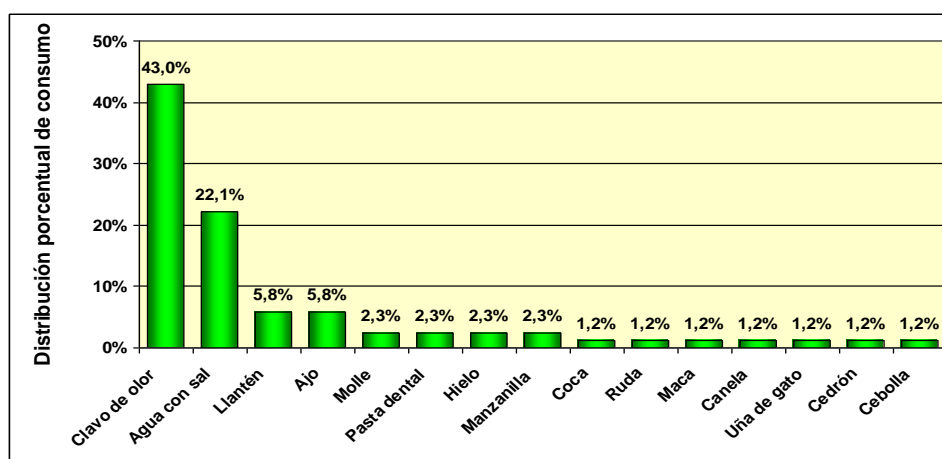
**MEDICINA ALTERNATIVA CONSUMIDA POR LOS ENCUESTADOS
QUE SE AUTOMEDICARON**

Tabla N° 20: Medicina Alternativa consumida por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron al año 2008.

MEDICINA ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
Clavo de olor	37	43,02%
Agua con sal	19	22,09%
Llantén	5	5,81%
Ajo	5	5,81%
Molle	2	2,32%
Pasta dental	2	2,32%
Hielo	2	2,32%
Manzanilla	2	2,32%
Coca	1	1,16%
Ruda	1	1,16%
Maca	1	1,16%
Canela	1	1,16%
Uña de gato	1	1,16%
Cedrón	1	1,16%
Cebolla	1	1,16%
No recuerda	5	5,81%
TOTAL	86	100%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 20: Medicina Alternativa consumida por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi que se automedicaron al año 2008.



Fuente: Tabla N° 20

Interpretación

La Tabla y Gráfico N° 20 muestran los productos herboláreos que utilizaron los pobladores frente a signos y síntomas de origen estomatológico, destacando el clavo de olor con el 43,02% y enjuagues de agua con sal asignándoles el 22,09%.

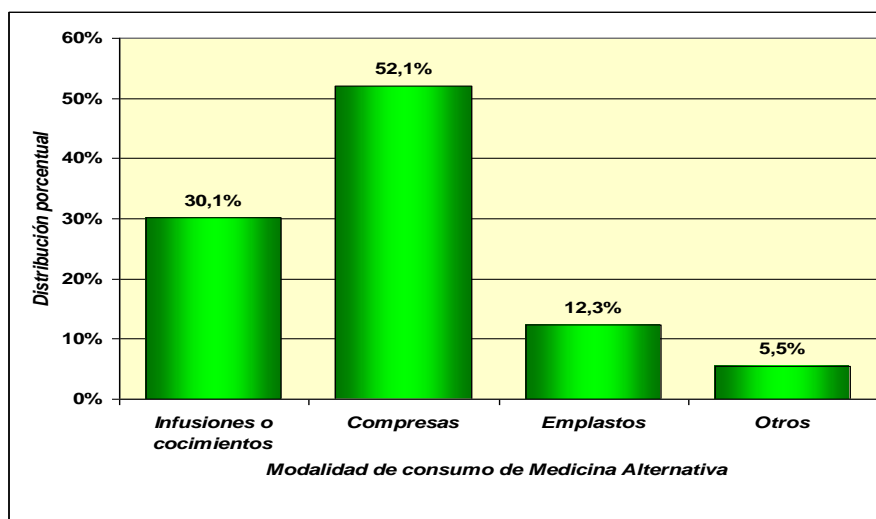
MODALIDAD DEL CONSUMO DE LA MEDICINA ALTERNATIVA

Tabla N° 21: Modalidad de consumo de la medicina alternativa empleada en la automedicación por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.

Modalidad de consumo	Pacientes	Porcentaje
Infusiones o cocimientos	22	30,14%
Compresas	38	52,05%
Emplastos	9	12,33%
Otros	4	5,48%
Total	73	100,00%

Fuente: Recopilación propia.

Gráfico N° 21: Modalidad de consumo de la medicina alternativa empleada en la automedicación por los pobladores encuestados de la jurisdicción del C. S. Bolognesi al año 2008.



Fuente: Tabla N° 21

Interpretación

Se puede apreciar que la modalidad de consumo de los productos herboláreos más usada es la de compresas con el 52,05%, seguida por las infusiones, enjuagues o cocimientos con un 30,14%, los emplastos y otros con el 12,33% y 5,48% respectivamente.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En la presente investigación se quiso dar a conocer la prevalencia de automedicación frente a signos y síntomas de origen estomatológico, la cual evidenció que, el 71,75% de los pobladores encuestados se automedicaron frente a sintomatología activa en la región oral, este resultado es similar a un estudio realizado el 2006 por Fuentes en Valdivia – Chile (4), que demostró una prevalencia de automedicación del 74,5%, cifras elevadas si las comparamos con un estudio realizado el 2005 por Tello en Chiclayo – Perú (15), quien probó que el 44 % de su muestra se automedicaba. Cabe resaltar que estos dos trabajos con los que se hace la comparación, fueron elaborados para determinar la prevalencia de automedicación en un contexto general, mas no referidos a la sintomatología en una zona específica (cavidad oral) como se hizo en el presente trabajo.

Se plantearon además, algunos factores que podrían influir en la automedicación, tales como: género, edad, tipo de seguro, actividad económica y grado de instrucción, buscando con ellas una relación significativa.

Al relacionar la automedicación con el género, se dio a conocer que los varones practicaban más la automedicación con un 74,18% y las mujeres en menor porcentaje con 69,72%, teniendo presente que la tabla no mostraba una relación significativa estadísticamente hablando, con lo cual no podemos asegurar que el género sea un factor influyente para la automedicación; este resultado se opone al encontrado en el estudio de Fuentes realizado en Valdivia - Chile el 2006 (4) , indicando que las personas del sexo femenino son las que se automedican en

mayor porcentaje con el 73% y varones el 27%. Comportamiento similar observamos al relacionar la automedicación con los grupos etáreos y actividad económica, el primero mostraba que el grupo etáreo que se encontraba entre los 45 y 59 años era el que mayor tendencia a la automedicación poseía, de manera no significativa, caso contrario al comparar con el trabajo de Fuentes en el 2006 (4), afirmando que el grupo que más se automedicaba eran los menores de 45 años. Al mismo tiempo, según la actividad económica, se obtuvo que la comparación entre los cuatro grupos, no mostraban diferencias alarmantes debido a que las cifras asignadas fueron de 68,57%; 75,81%; 67,86% y 75% para el grupo de los que no trabajan, los trabajadores independientes, los dependientes y el grupo de trabajadores dependientes e independientes respectivamente, siendo al igual que las dos tablas anteriores no significativas.

Cuando se intentó establecer alguna relación entre el grado de instrucción y la automedicación, el resultado fue que, a mayor grado de instrucción, mayor era la prevalencia de automedicación, obteniendo así una relación significativa, corroborando el resultado obtenido por Tello en su estudio realizado en Chiclayo – Perú el 2005 (15), el cual también obtuvo una relación de significancia estadística entre el grado de instrucción y la automedicación, caso contrario con el trabajo realizado en Cajamarca – Perú el 2000 por Llanos y colaboradores (14), quienes no encontraron la asociación planteada. Podría ser que las personas al tener mayor grado de instrucción creen saber más sobre la sintomatología presentada al igual que la sustancia, lo cual induce a la automedicación y no buscar ayuda al profesional de la salud, en este caso, el odontólogo.

De los resultados encontrados en la investigación hecha por Llanos y colaboradores en Cajamarca – Perú el 2000 (14) evidenciamos que no se encontró relación significativa al cruzar la tenencia o no de un seguro de salud frente a la automedicación, caso contrario si comparamos con el presente trabajo, el cual comprobó que el poseer o no un seguro de salud influye en la tendencia a la

automedicación, cabe resaltar que para la elaboración de dicha tabla se obviaron a las personas que se automedicaron únicamente con medicina alternativa, debido a que los seguros solo brindan fármacos mas no los elementos pertenecientes a dicha medicina alternativa, encontramos que los que no poseen seguro tienen mayor prevalencia de automedicación asignándole para ésta el 70,90 %, entonces podemos afirmar que la tabla N° 8 tiene significancia estadística. La ventaja de tener un seguro de salud es que aquellos que acuden a la consulta frente a sintomatología activa, serán medicados por el odontólogo, lo cual podría ser una explicación para el resultado obtenido en la tabla, con lo cual evidenciamos que el grupo que posee algún tipo de seguro de salud tiene menor prevalencia en cuanto a la automedicación (64,19%). Sin embargo no sólo la posesión de un seguro o el grado de instrucción son factores influyentes de la automedicación, sino se le asignarían otros motivos.

Dentro del trabajo de Fuentes (4) se mostraron algunos motivos y entre los más relevantes encontramos que el 30,8% refirió presentar sintomatología poco grave, un 14,3% señala reconocer los síntomas, un 12,6%, dijo automedicarse por comodidad y un 12,3%, señaló falta de tiempo para acudir a la consulta médica. Caso contrario en el presente estudio se evidenció que los motivos mas frecuentes fueron la falta de tiempo con el 32,06%, el fácil acceso al medicamento con 26,83% y motivos económicos el 20,56% con lo cual coincidimos en el resultado obtenido por Tobón en un estudio realizado en la universidad de Antioquia – Colombia el 2002 (43), quien afirma que su población prefería evitar pedir cita por comodidad, hacer colas largas con lo cual se pierde el tiempo y las razones económicas ya que con esto se ahorraría el pago de una consulta.

En el presente estudio, además, se propuso identificar la prevalencia de medicina alternativa utilizada para atenuar sintomatología activa en la región oral, obteniendo como resultado que, de los pobladores encuestados que sí se automedicaron, el 17,07% lo hizo únicamente con medicina alternativa, el 8,36%

mezcló la medicina alternativa con fármacos, quedando el 74,57% asignado al uso exclusivamente de medicina convencional (fármacos o medicamentos), estos resultados no pueden ser comparados con los antecedentes debido a que ninguno planteaba encontrar dicha prevalencia, la cual en el presente estudio puede reflejar que gran parte de la población cree que los fármacos son más efectivos que la medicina alternativa frente a sintomatología activa, ahora, si bien es cierto que existe un bajo porcentaje que utiliza sólo medicina alternativa, esto puede deberse a la intensidad del dolor y a la búsqueda rápida del alivio utilizando hierbas o productos naturales que, por lo general, se encuentran fácilmente en casa.

Van den Bulck en un estudio realizado en Bélgica el 2004 (13) afirmaba que existía relación entre el uso de la televisión y la compra de analgésicos de venta libre, al igual que Tello el 2005 (15) encontró que el 38,65% de su muestra se automedicaba por influencia de los medios de comunicación, con lo que según los resultados obtenidos en la presente investigación existe gran diferencia, ya que la publicidad sólo abarca el 7,67% y la decisión propia o influencia de familiares y/o amistades se llevó el 50,87% seguido por la recomendación del farmacéutico con el 30,31%, entonces podemos observar que las personas buscan en primera instancia la experiencia propia, familiar o de amistades para solucionar el problema antes de consultar con el profesional de la salud, el cual tiene mayor conocimiento de las sustancias a comparación de los anteriores teniendo como motivos los antes descritos.

Después de haberse establecido la automedicación se preguntó a la población cuanto tiempo había dejado pasar para acudir a una consulta odontológica, a lo que la mayoría respondió que en menos de una semana con el 36,59%, en segundo orden se encuentran los que no acuden al odontólogo hasta el momento con el 24,74%, seguido por los que fueron entre después de una semana y menos de un mes con el 23,34% y finalmente los que acudieron después de un mes con 15,33%, viendo entonces que la mayoría de la población acude a una

consulta en menos de un mes debido a que las molestias presentadas podrían no haberse solucionado con las sustancias utilizadas, caso contrario con los que esperaron más de un mes o no fueron hasta el momento ya que la automedicación les resultó en esa ocasión, debemos considerar que esto no es un beneficio a largo plazo ya que si sumamos estos dos grupos (personas que dejaron pasar más de un mes para acceder a una consulta o que nunca lo hicieron) obtenemos que más de la cuarta parte de la población podría estar sufriendo de una patología crónica sin que ellos se den cuenta y así ocasionar problemas serios en un futuro.

Con respecto al efecto terapéutico de la sustancia empleada en la automedicación, el 79,09% de los encuestados sabían que sólo aliviaba la sintomatología y el resto desconocía o no tenía la mínima idea del efecto de la sustancia utilizada. El conocimiento de efectos adversos reflejaba que el 93,38% no tenía noción de dichos efectos de la sustancia, corroborando de manera similar el resultado obtenido por Fuentes el 2006 en Chile (4), quien obtuvo el 71,00% para los que admitieron no saber nada con respecto a los efectos adversos, al mismo tiempo se encontró relación entre el grado de instrucción y el conocimiento de las sustancias al igual que Fuentes (4). A todo esto agregamos que de los encuestados que se automedicaron con fármacos, de los que usaron AINES (ver Tabla N° 17) el 64,41% lo hizo de manera adecuada debido a que la mayoría utilizó una sola vez, pero sin tener el conocimiento concreto acerca de la dosis a emplear; y de los que usaron antibióticos, todos aplicaron mal dichos medicamentos. Todo indica que la información brindada no es la adecuada por parte de la industria farmacéutica y claro está que el nivel cultural de la población con respecto a conocimientos del fármaco, posología, dosis, efectos adversos y contraindicaciones no es la adecuada, cayendo a un uso indiscriminado, irracional e irresponsable de los medicamentos de venta libre.

Los medicamentos más utilizados fueron los AINES con 94,80% (n=182) de los cuales el grupo más consumido fue el de los Propiónicos con el 43,75%

(n=84) seguido por los Fenilacéticos con el 23,96% (n=46) siendo estos dos grupos los más destacados. Seguido por lo antibióticos que solo llegaron al 5,20% perteneciendo todos a las penicilinas, este resultado se acerca más a los datos de Servidoni en Brasil el 2003 (12) quien obtuvo el 69% para los AINES y 11% para los antibióticos, debido a que en su estudio refirió a la automedicación en pacientes otorrinolaringológicos en la zona cercana a la cavidad oral pero con sintomatología totalmente diferente. Tello, el 2005 en Perú (15), afirma que el 56,44% se automedicaba con AINES mientras que el 27,61 lo hacía con antibióticos en un contexto más genérico. Con esto sugerimos que si hablamos de automedicación de manera general, obtendremos que, pueden haber cuadros clínicos de diversa índole, es decir que la automedicación por un dolor de cabeza contaría tan igual como el hecho de automedicarse por un malestar estomacal; caso contrario si lo referimos a sintomatología de una zona específica como lo hizo Servidoni al igual que en el presente estudio, por lo que se obtuvieron resultados similares.

Para finalizar dentro de la medicina alternativa, las sustancias más utilizadas fueron el clavo de olor con 43,02% y la mezcla de agua con sal en un 22,09%, y, debido a esto es que la manera en como usaron o aplicaron dichas sustancias se encuentra en concordancia con los dos productos ya mencionados, la mayoría uso compresas (52,05%) ya que el clavo de olor se colocó directamente en la pieza dentaria afectada, mientras que las infusiones o enjuagues representó el 30,14% de la modalidad de aplicación o consumo ya que el agua con sal sirve como un enjuague.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

PRIMERO

La prevalencia de automedicación frente a signos y síntomas de origen estomatológico en la población mayor de 20 años de edad perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Bolognesi al año 2008 es de 71,75%.

SEGUNDO

El grado de instrucción y la automedicación tienen relación directa, a mayor grado de instrucción mayor es la prevalencia de automedicación, mientras que el poseer algún tipo de seguro tiene relación inversa, los que no tienen un seguro son los que más se automedican.

TERCERO

Los motivos por los cuales la población decide automedicarse son: la falta de tiempo, fácil acceso a la sustancia y motivos económicos.

CUARTO

La prevalencia de automedicación únicamente con medicina alternativa fue de 17,07%, a los que utilizaron únicamente medicina convencional (fármacos) se les asignó el 74,57% y la mezcla de ambos fue el 8,36%.

QUINTO

La principal fuente de recomendación con lo que respecta a la automedicación estuvo representada por la decisión propia, influencia de familiares, amistades y/o vecinos.

SEXTO

24,74% nunca acudió a una consulta odontológica después de haberse automedicado, mientras que el 15,33% lo hizo pasado un mes o más, sumando ambos obtenemos que más de la cuarta parte corre el riesgo de presentar una patología crónica debido al enmascaramiento de la sintomatología o enfermedad

SÉTIMO

Los fármacos más utilizados en la automedicación frente a signos y síntomas de origen estomatológico por parte de la población fueron los AINES y en una mínima proporción los antibióticos.

OCTAVO

Las sustancias más utilizadas de la medicina alternativa en automedicación frente a signos y síntomas de origen estomatológico fueron el clavo de olor y enjuagues de agua con sal, aplicadas con compresas y a manera de colutorio respectivamente

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Brindar a la población mayor información con respecto a los medicamentos o fármacos tales como dosis, frecuencia, uso racional y las complicaciones que podrían tener como consecuencia de su mala aplicación a través de la automedicación.

SEGUNDO

Fortalecer la promoción de la salud bucal a la población para que las personas no tengan que esperar a sentir alguna molestia o en este caso dolor, para recién preocuparse por su salud.

TERCERO

Se recomienda que la entrega de los medicamentos de venta libre, se ejecute bajo estrictas normas de vigilancia y control, de manera que proporcione la seguridad adecuada a los destinatarios. Además de vigilar que los auxiliares de las farmacias no prescriban medicamentos a los que hagan uso de éstas.

CUARTO

Para este problema sería necesario crear una Ley más estricta con respecto a la dispensación de medicamentos, sólo se deberían entregar éstos a los que presenten prescripción médica.

QUINTO

Finalmente recomendamos que se realicen trabajos similares referidos a la automedicación con los cuales se podrá ampliar o profundizar más sobre los factores que influyen en esta práctica, tales como la posesión de algún seguro de salud o el grado de instrucción en este caso; o buscar nuevos patrones de automedicación con respecto no solo a odontología sino en un contexto más general.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROMERO UZCÁTEGUI, Yhajaira. Hábitos que influyen en el proceso salud – enfermedad bucal, Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro, Estado Mérida, 2003. Acta Odontológica Venezolana [online] volumen 44, N° 1, 2006. [citado 20 Octubre 2008]. Disponible en World Wide Web: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/habitos_proceso_salud_enfermedad_bucal.asp
2. HERNANDEZ JUYOL, Miguel; QUESADA, Juan Ramón. Odontología y Automedicación un Reto Actual. Revista Medicina Oral, [online]. 2002 NOV-DIC; vol. 7. no 5. Página(s): 344-347. Barcelona- España [citado 22 Abril 2008]. Disponible en World Wide Web: <<http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i5/medoralv7i5p344.pdf>
3. BAOS, Vicente. Estrategias para Reducir los Riesgos de Automedicación. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud de Madrid. 2000; 24:147-152.
4. FUENTES ALBARRAN, Catherine Andrea. Análisis y Cuantificación de los Patrones de Automedicación en Usuarios de Farmacias Salcobrand de Valdivia. Valdivia – Chile. 2006.
5. SARTIRANA, María C., TEJERO, Adriana C., TARALLO, Belén, TORRES, Angel G., MONTIEL, Pablo, LOTERO, Julio C., MORALES, Sergio D. Estudio observacional sobre consumo de medicamentos en la población estudiantil de la FOUNNE – Argentina. Revista Electrónica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Nordeste. [online]. Dic.

- 2007, no.3 [citado 22 Abril 2008]. Disponible en World Wide Web:
<<http://odn.unne.edu.ar/Estudio.pdf> .
6. Badillo, Reynaldo. Gastropatía y Nefropatía por Antiinflamatorios No Esteroides. ene.-mar. 1991.
 7. MEDINA, Carolina; FERRO, Susana; SANTANA, Adolfo; LOPEZ, Carmen Esther; PIÑA, José; CASTELLANOS, Ana. Hepatotoxicidad Inducida por AINES. Bol. Hosp. Niños J. M. de los Ríos; ene.-abr. 2002.
 8. BRENNAN, Virginia; MALEQUE, Saqui; El estado de la salud en las comunidades desatendidas; [citado 22 Diciembre 2008]; disponible en World Wide Web
<http://www.mmc.edu/www.meharry.org/FI/Spanish/Acceso_a_servicios_de_salud/Acceso_a_la_salud.html.
 9. Diccionario de Medicina Océano Mosby- Traducción de la 4ª edición de la obra original en inglés Mosby's medical, Nursing and Allied Health Dictionary. Editorial Océano. Barcelona
 10. GONZALES VARGAS, Ricardo Julio. Factores asociados a caries dental en niños de 3 a 5 años del jardín Niños Héroes N°225, Tacna -2007.
 11. PROGRAMA UNIVERSITARIO DE MEDICINA TRADICIONAL Y TERAPÉUTICA NATURISTA. Investigación transdisciplinaria en el estudio del Ácido desoxirribonucleico y su relación con la Medicina Alternativa y Complementaria. Mayo 2005. Chapingo – México
 12. SERVIDONI, Alexandre Barbosa; COELHO, Liliane; NAVARRO, Marcos de Lima; GOBBI DE AVILA, Fernanda; MEZZALIRA, Raquel; PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO NOS PACIENTES OTORRINOLARINGOLÓGICOS DO INSTITUTO PENIDO BURNIER DURANTE O MÊS DE JULHO DE 2003, Brasil.
 13. VAN DEN BULCK J. et al. Television and Adolescent Use of Over-the-Counter Analgesic Agents. Published Online, 16 November 2004, *The*

- Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 39, No. 1, pp. 58-62. 2005. Disponible en World Wide Web: <<http://www.theannals.com/cgi/content/abstract/39/1/58>
14. LLANOS ZAVALAGA, Luis Fernando, CONTRERAS RIOS, Carlos Enrique, VELASQUEZ HURTADO, José Enrique *et al.* Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered.* [online]. oct. 2001, vol.12, no.4 [citado 23 Abril 2008], p.127-133. Disponible en World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
 15. TELLO VERA, Stalin. Factores asociados a la Prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú Enero-Marzo del 2005.
 16. FARAO, Mario y col. Automedicación, autocuidado y Autoprescripción. XXXVII Curso de Administración de Servicios de Salud, noviembre de 2005. Argentina
 17. International Pharmaceutical Federation (FPI), World self-medication Industry (WSMI). Declaración conjunta por la Federación Farmacéutica y la Industria Mundial de la automedicación responsable. Junio, 1999.
 18. Ley General de Salud N° 26842. Artículo 36. Promulgada: 9 de julio de 1997 Publicada: 20 de julio de 1997. Perú
 19. ALFONSO G., Teresa. El Rol del Farmacéutico en Automedicación. Uso de Medicamentos: Análisis desde la Experiencia en España. *Pharmaceutical Care España.* 1999; 1:157-164.
 20. CAMAÑO, F., FIGUEIRAS, A., LADO, E., GESTAL-OTERO, J. J. LA Automedicación: Concepto y Perfil de sus Usuarios. Revista la Gaceta Sanitaria , [online]. 2008 ABR-MAY; vol. 14. no 4. Página(s): 294-299. La Coruña - España [citado 26 Abril 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://external.doyma.es/pdf/138/138v14n4a10017266pdf001.pdf> .
 21. VAN-ZYL-SCHALEKAMP. Self-medication in three Orange free state communities. *S Afr Med J* 1993;83:345-6.

22. CARVAJAL A, SÁNCHEZ A, GARRIDO R. Demanda de medicamentos en el consultorio de la Seguridad Social. *Aten Primaria* 1989;6:234-7.
23. LAPORTE JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med Clin (Barc)* 1992;99:414-6.
24. FIGUEIRAS A, CAMAÑO F, GESTAL-OTERO JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol* (en prensa).
25. MAZZEO SENA, Fabián. Prevalencia de Automedicación en los alumnos del liceo No 34 diurno turno intermedio – Julio 2001. Damazo A. Larrañaga – Uruguay 2001; pag. 10-17.
26. OLLER RODRIGUEZ, José Eloy. *La Automedicación*. Valencia – España, Mayo 2006.
27. PERÚ: Alrededor del 55% de Peruanos se Automedita y Pone en Riesgo su Salud. *Rev. Fármacos*[online]. Volumen 9, número 2, abril de 2006. pág. 184 [citado 16 Junio 2008]. Disponible en World Wide Web: <<http://www.boletinfarmacos.org/download/apr06.pdf>>
28. PEREZ TORRES, Hernán. *Farmacología y Terapéutica Odontológica*. 2da Edición, México. Editorial Amolca.
29. BASCONES, Antonio y col. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica Odontológica*. 1ra Ed. España: Ediciones Avances, 2000
30. CIANCIO, Sebastián; BOURGAULT, Priscila. *Farmacología Clínica para Odontólogos*. 3ra Ed. México: Editorial El ManualModerno, 1999.
31. PEREZ-CAJARAVILLE, J., ABEJON, D., ORTIZ, J. R. *et al*. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. [online]. 2005, vol. 12, no. 6 [citado 2008-09-30], pp. 373-384. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1134-8046
32. KATZUNG, Bertram G.; tr. CONTRERAS CHAIRES, Eusebio; tr. VILLALPANDO HERNANDEZ, Jorge. 8va Edición. México. Editorial El Manual Moderno, 2002.

33. PEREZ RUIZ, Andrés A., LOPEZ MANTECON, Ana Marta y GRAU LEON, Ileana. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).: Consideraciones para su uso estomatológico. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2002, vol. 39, no. 2 [citado 2008-06-27], pp. 119-138. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7507.
34. GOODMAN & GILMAN. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10ma Ed. Impreso en México, 2003
35. PENA, Adolfo and PACO, Ofelia. Alternative medicine: Intent of analysis. *An. Fac. med.* [online]. ene./mar. 2007, vol.68, no.1 [cited 30 September 2008], p.87-96. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000100012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1025-5583.
36. SARRAZOLA MONCADA, Ángela María, MARTINEZ HERRERA, Eliana, ALONSO AGUDELO SUAREZ, Andrés *et al.* Prácticas sociales asociadas con el uso de la planta de tomatara en afecciones bucales en un grupo de adultos, 2004. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2006, vol. 43, no. 2 [citado 2008-09-30]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7507.
37. Alternative medicine. Expanding medical horizons: a report to the National Institutes of health on alternative medical systems and practices in the United States. Washington: US Government Printing Office, 1994. Publicación Número 017-040-005377. (Medicina alternativa. Expandiendo los horizontes médicos: un reporte al Instituto Nacional de Salud sobre los sistemas de medicinas y prácticas alternativas en los Estados Unidos).
38. PROGRAMA UNIVERSITARIO DE MEDICINA TRADICIONAL Y TERAPÉUTICA NATURISTA. Investigación transdisciplinaria en el estudio

- del Ácido desoxirribonucleico y su relación con la Medicina Alternativa y Complementaria. Mayo 2005. Chapingo – México
39. PORTAL SOL NATURAL. Herbolaria. [online] Octubre 2008. México. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.solnatural.com/herbolaria.html#2>
 40. PORTAL HOME REMEDIES. Dolor de muelas, causas y remedios caseros [online] Octubre 2008. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.home-remedies-for-you.com/es/remedy/toothache.html#remedy>
 41. MARTÍNEZ CORDERA, Alfredo. Medicinas alternativas o alternativas de la medicina I. Marzo 2001. Aguas Calientes - Aqs.
 42. PLAN DE SALUD LOCAL. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI. Tacna-Perú Edición 2008.
 43. TOBON MARULANDA, Flor Angela; Estudio Sobre automedicación en la universidad de Antioquia, Medellín, Colombia -2002.

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Personales

Dirección.....

Edad:.....

Sexo: M / F

Lugar de Nacimiento: Tacna ()
 Moquegua ()
 Puno ()
 Otro ()

Grado de Instrucción: Universitario ()
 Técnico ()
 Secundaria Completa ()
 Secund. Incompleta ()
 Primaria Completa ()
 Primaria Incompleta ()

Actividad Económica Dependiente ()
 Independiente ()
 Sin actividad ()

Tipo de Seguro: SIS ()
 ESSALUD ()
 Privado ()
 Ninguno ()

Estado Civil: Casado o conviviente ()
 Soltero(a) ()
 Viudo(a) ()
 Divorciado ()

Número de miembros en la familia:

Cuestionario

1. Alguna vez ¿ud. sintió dolor, inflamación o alguna otra molestia en la boca?
SI () NO ()

2. En caso que haya sentido dolor, presentado inflamación o alguna molestia en boca ¿Qué fue lo que hizo en ese momento?

a. Tomó algún medicamento
¿Cuáles?.....

b. Utilizó alguna hierba o remedio casero
¿Cuáles?.....

c. Utilizó una combinación de medicamentos con hierbas o remedios caseros
¿Cuáles?.....

d. Acudió al odontólogo inmediatamente.

e. Lo dejó pasar hasta sentir alivio.

3. ¿Por recomendación de quién utilizó la sustancia?
 - a. Ud. Mismo, familiares, amigos o vecinos.
 - b. El farmacéutico.
 - c. Antigua prescripción.
 - d. Publicidad.
 - e. Otros.

4. ¿Acudió por ayuda profesional después de haberse automedicado?
SI () NO ().

5. ¿Después de cuanto tiempo?
 - a. Menos de una semana.
 - b. Más de una semana y menos de un mes.
 - c. Más de un mes.

6. ¿Por qué motivo ud. prefirió automedicarse y no buscar ayuda profesional en el acto?
 - a. Falta de tiempo.
 - b. Motivos económicos.
 - c. Fácil acceso.
 - d. Considera que su enfermedad no es de gravedad
 - e. No le gusta ir al médico u odontólogo.
 - f. Otros

7. ¿Por qué cree ud. que es buena la sustancia?
 - a. Cura la enfermedad.
 - b. Alivia algunos síntomas.
 - c. Ninguno.
 - d. No se.

8. ¿Conoce los efectos adversos de la sustancia que ud. tomó?

SI () NO (), Cuales:

9. Consumir múltiples sustancias a la vez durante el mismo periodo es:

- a. Provechoso
- b. Da igual
- c. Es perjudicial

Si tomó un analgésico/antiinflamatorio responder lo siguiente:

10. ¿Cuántas tabletas consumió en total?

- a. Sólo 1
- b. Menos de 5.
- c. Más de 5 y menos de 10.
- d. Más de 10.

11. ¿Por cuántos días lo tomo?

- a. Sólo 1 día.
- b. Más de un día y menos de una semana.
- c. Más de una semana y menos de un mes.
- d. Más de un mes.

12. ¿Cómo utilizó el medicamento? (Según dosis y frecuencia)

.....

Si tomó un antibiótico responder lo siguiente:

13. ¿Cuántas tabletas consumió en total?

- a. Sólo 1
- b. Menos de 5.
- c. Más de 5 y menos de 10.
- d. Más de 10.

14. ¿Por cuantos días lo tomó?

- a. Sólo 1 día.
- b. Más de 1 día y menos de una semana.
- c. Más de una semana y menos de un mes.
- d. Más de un mes.

15. ¿Cómo utilizó el medicamento? (Según dosis y frecuencia)

.....

Si usó o consumió una hierba o remedio casero responder lo siguiente:

16. ¿Cómo utilizó la hierba o remedio casero?

- a. Infusiones o cocimientos (enjuagues o bebiendo la sustancia)
- b. Inhalación o vaporizaciones.
- c. Compresas.
- d. Emplastos
- e. Otros

ANEXO N° 2
JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD BOLOGNESI

