

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA AUTOMEDICACIÓN DE ANTIBIOTICOS
EN UNA POBLACION ADULTA DEL COSULTORIO ODONTOLOGICO EN
POBLADO CAMPESTRE CORREGIMIENTO DE CANDELARIA VALLE EN EL
PERIODO 2020**

**GARCIA ARIAS XIMENA
RATIVA DIAZ DIANA MILENA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2020

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA AUTOMEDICACIÓN DE ANTIBIOTICOS
EN UNA POBLACION ADULTA DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO EN
POBLADO CAMPESTRE CORREGIMIENTO DE CANDELARIA VALLE
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2020**

**GARCIA ARIAS XIMENA
RATIVA DIAZ DIANA MILENA**

**TRABAJO DE POSGRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
AL TIRULO DE AUDITORIA EN SALUD**

**TUTORA:
ADRIANA ROA PIEDRAHITA
ENFERMERA - MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2020

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. MARCOS DE REFERENCIA.....	17
4.1 MARCO TEÓRICO.....	17
4.2 MARCO CONCEPTUAL	24
4.3 MARCO CONTEXTUAL.....	27
4.3.1 Ubicación geográfica	28
4.3.2 Aspecto poblacional.....	28
4.3.3 Hidrografía	28
4.3.4 División política administrativa.....	29
4.3.5 Límites y características del municipio.....	29

4.4	MARCO NORMATIVO	29
4.4.1	Política de Atención Integral en Salud	29
4.4.2	Ley 1438 de 2011	34
4.4.3	Ley 1751 de 2015	34
4.5	MARCO ÉTICO	36
4.5.1	Normatividad internacional	36
4.5.2	Normatividad nacional	39
5.	METODOLOGÍA	44
5.1	TIPO DE ESTUDIO	44
5.2	TIPO DE DISEÑO	44
5.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
5.3.1	Población	44
5.3.2	Muestra	44
5.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
5.4.1	Criterios de inclusión	45
5.4.2	Criterios de Exclusión	45
5.5	VARIABLES	45
6.	RESULTADOS	47

6.1	CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ADULTA OBJETO DEL ESTUDIO	47
6.2	CAUSAS DE LA AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO.....	49
6.3	CONSECUENCIAS DE LA AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS..	51
7.	CONCLUSIONES	55
8.	RECOMENDACIONES.....	59
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	45
---	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución por edad.	47
Gráfica 2. Distribución por género.	48
Gráfica 3. Nivel educativo.	48
Gráfica 4. Automedicación de antibióticos.	49
Gráfica 5. Frecuencia de automedicación con antibióticos.	49
Gráfica 6. Razones para la automedicación con antibióticos.	50
Gráfica 7. Antibióticos usados.	51
Gráfica 8. Hospitalización posterior a automedicación con antibióticos.	52
Gráfica 9. Motivo de la hospitalización.	52
Gráfica 10. Riesgos de automedicarse.	53
Gráfica 11. Automedicarse con antibióticos tiene riesgos en la salud.	53
Gráfica 12. Factores que influyen en la automedicación de antibióticos.	54

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado hace referencia en el contexto de la automedicación de antibióticos, un tema muy nombrado en diferentes campos pero realmente poco estudiado, sin embargo se ha evidenciado que tiene implicaciones importantes en la salud pública, en la seguridad del paciente, por ello se quiere indagar sobre las principales causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos, para lograr un acercamiento y entendimiento sobre este comportamiento en la población y las posibles repercusiones de este tipo de prácticas en el sistema de salud.

De acuerdo al marco estratégico de la política integral para la salud PAIS, capítulo 3, define Cuidado de la Salud: “Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad” ⁽¹⁾.

La automedicación es el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria con medicamentos seleccionados sin supervisión médica, o de un

agente calificado que incluye la adquisición de medicamentos a través de una fuente formal (farmacias), recepción de medicamentos por otras fuentes como familiares, amigos y la utilización de sobrantes de prescripciones previas.

Los medicamentos existen desde la antigüedad y de acuerdo a los avances y estudios científicos se han ido modificando, ayudando así a tratar diversas enfermedades, mejorando la calidad de vida de la población en general. Los antibióticos son un grupo de medicamentos que han permitido salvar millones de vidas a nivel mundial, pero con la creciente práctica de la automedicación se ha ido convirtiendo poco a poco en un problema de salud pública, ya que las bacterias han ido modificando su estructura a medida que se ven expuestas a este tipo de medicamentos y han generado resistencia bacteriana, lo que actualmente causa dificultad en el tratamiento de infecciones más graves y deja al personal en salud con limitaciones para ciertos manejos, esto repercute de manera directa en las atenciones a nivel hospitalario que requieren más días de tratamiento y prolongación de estancias hospitalarias, por infecciones que anteriormente no requerían un manejo tan avanzado.

Si bien es cierto que la automedicación es una práctica de libre albedrío, hay factores contribuyentes que aumentan el uso indiscriminado de antibióticos y que se relacionan con el servicio de salud, generando barreras para acceder y por lo tanto se hace necesario evaluar las principales falencias y poder generar acciones

que permitan tanto concientizar a la población en general, como al personal en salud tanto clínico como administrativo.

En este trabajo se tratará de abordar los aspectos más relevantes sobre la automedicación de antibióticos con el fin de generar acciones que impacten de manera positiva a la población en estudio y el sistema de salud.

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en nuestro país y el mundo entero se presenta una gran polémica por la automedicación de antibióticos debido a la poca información sobre sus consecuencias y por el difícil acceso a la consulta profesional, así como la facilidad de acceso a dichos medicamentos sin previa prescripción por el personal de salud. Es una práctica que se encuentra en crecimiento y que es tema de valoración por instituciones nacionales, así como la OMS que es la organización internacional de mayor importancia. El uso racional de medicamentos requiere de acciones desde el campo asistencial, administrativo e informativo que permita generar nuevas actitudes de la sociedad actual frente a esta problemática.

Tomando como referencia el boletín emitido por la OMS del año 2019 en el cuál hace mayor referencia a la automedicación de antibióticos, con el fin de ayudar a los países a identificar esta problemática y dirigir intervenciones que permitan la vigilancia y mejora de dicha problemática. Europa y Australia tomaron restricciones para adquirir antibióticos de manera libre y también generó control sobre la prescripción médica ⁽²⁾. Esto se basó en la lista modelo de los medicamentos esenciales de la OMS que clasifica los antibióticos en 3 grupos evidenciando que los clasificados en el grupo de acceso fueron los más consumidos en la mayoría de países ⁽³⁾.

Debido a que la automedicación es una problemática a nivel mundial, es poco estudiada en nuestro país, es de interés poder caracterizar su comportamiento en nuestra población y sugerir medidas o acciones que redunden en mejoras en los diferentes procesos relacionados con el área de la salud en sus ramas administrativas, procesos de auditorías, gestión de planes de mejoramiento, entre otros.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico Oraldent en Poblado Campestre corregimiento de Candelaria en el primer (1º) semestre del año 2020?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria en el en el primer (1º) semestre del año 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria en el primer (1º) semestre del año 2020.
- Reconocer las causas de la automedicación con antibióticos en la población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria en el primer (1º) semestre del año 2020.
- Identificar las consecuencias de la automedicación con antibióticos en la población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria en el primer (1º) semestre del año 2020.

3. JUSTIFICACIÓN

La automedicación es una práctica que se encuentra en crecimiento en la población mundial, puede estar relacionado con el hecho de encontrar de manera fácil y rápida acceso a diversos medicamentos, sin embargo, de esta práctica unos pueden tener mayores repercusiones en cuanto a la salud en general, es por esto que el uso indiscriminado y auto medicado de antibióticos genera problemas que van más allá de la salud de una sola persona, por el crecimiento de la resistencia bacteriana.

Los antibióticos son un grupo de medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por microorganismos bacterianos, que se pueden presentar en diferentes partes del cuerpo humano. Dependiendo de la ubicación y extensión de las infecciones dependerá la dosis y duración de tratamiento, lo cual es desconocido para la población en general, por eso auto prescribirse antibióticos que se usan en la mayoría de los casos sin indicación adecuada ha hecho que se presente aumento de reacciones alérgicas, infecciones que se enmascaran y posteriormente empeoran y la más temible es la resistencia bacteriana que va en aumento, lo que se ha traducido en infecciones más severas y en muchos casos sin tener un tratamiento efectivo, esto genera estancias hospitalarias prolongadas, ocupación de camas que no van a tener un pronto recambio y un costo para las instituciones en salud cada día más alto.

El aumento en esta práctica en nuestro país es multifactorial, puede estar relacionada al enlentecimiento de atención en nuestro sistema de salud, a la facilidad con la que se consiguen antibióticos en farmacias sin requerimiento de prescripción por personal de salud y desconocimiento del verdadero uso de los antibióticos. Es por esto que con la investigación a desarrollar buscamos identificar las principales razones por las que la población consume antibióticos sin prescripción adecuada, conocer los diferentes factores que intervienen en esta práctica y de esta manera poder impactar por medio de la educación. Quien es dueño de conocimiento tendrá herramientas en sus manos, que podrán generar un impacto a nivel personal y grupal.

La más importante consecuencia de la automedicación de antibióticos y de la prescripción incorrecta de los mismos, deriva en la resistencia antimicrobiana, un concepto que según la OMS puede llegar a ser devastadora, se estima que para el año 2050 las muertes atribuibles a la RAM podrían llegar a ser 10 millones. Esto sumado a las consecuencias económicas para el sistema de salud y la necesidad de desarrollar nuevas terapias para su manejo.

Las infecciones bacterianas se dividen en dos grandes grupos: las adquiridas en la comunidad (dentro de las más frecuentes neumonía e infecciones urinarias) y las infecciones intrahospitalarias. Lo alarmante es que aquellas infecciones adquiridas en comunidad causadas por gérmenes sensibles, han demostrado con diversos estudios una resistencia cada día más alta, lo que conlleva a que dichos

tratamientos ya no sean ambulatorios, sino hospitalarios. El mal uso y abuso de los antibióticos contribuyen a la resistencia bacteriana.

Anteriormente se asociaba a malas prescripciones por parte del personal en salud (principalmente médico y odontólogos), quienes formulaban antibióticos, sin indicaciones adecuadas, ya sea por falta de estudios comprobatorios, por presión del paciente o del familiar, entre otros, lo que mejoró con los programas de uso racional de antibióticos. Pero se ha descubierto que la automedicación es un problema más grande y un factor definitivo en que los gérmenes en comunidad sean ahora resistentes.

Es por esto que se busca indagar lo que actualmente pasa en nuestra población e iniciar a generar propuestas individuales que impacten comunitariamente siguiendo los lineamientos en salud pública y seguridad del paciente.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

En las últimas tres o más décadas se ha visto como el uso indiscriminado de antibióticos resulta en la aparición de clones multirresistentes en ambientes hospitalarios y en la comunidad. Los antibióticos no son invención de los humanos, están presentes desde cientos de millones de años antes de que los humanos empezaran a poblar el planeta, inicialmente la humanidad había participado del beneficio de los antibióticos, pero en la era moderna por malas prácticas de autocuidado y prescripción médica se ha convertido en una emergencia mundial por el aumento en la resistencia bacteriana; es urgente evitar el uso de antibióticos con fines no médicos y es necesario hacer énfasis en la educación de la población general sobre el uso apropiado de antibióticos, para crear conciencia y disminuir su presentación.

En un contexto histórico, el descubrimiento de los antibióticos es uno de los maravillosos resultados del desarrollo científico concretado en los trabajos de Louis Pasteur y Robert Koch al establecer la teoría microbiana de la enfermedad y su causalidad. El conocimiento de la asociación entre enfermedad e infecciones llevo inicialmente al desarrollo y producción de vacunas, que es considerado el desarrollo más extraordinario de la ciencia por su utilidad directa en la humanidad;

eventualmente Ehrlich permitió el reconocimiento del potencial de los antibióticos en la cura y prevención de secuelas debidas a enfermedades transmisibles, sin embargo Alexander Fleming advirtió en 1945 que el uso excesivo de antibióticos inicialmente la penicilina ocasionaría la selección de bacterias resistentes; por lo que fue claro que el desarrollo de la resistencia bacteriana representaría el término de su utilidad.

A partir del desarrollo industrial de la penicilina la industria farmacéutica creció paralelamente a la producción de esta y de otros antibióticos. Se desarrollaron antibióticos resistentes a la penicilina, otros útiles para micobacterias, para Gram negativos, para hongos y así hasta los novedosos antiretrovirales, la mayoría son compuestos derivados de la investigación de moléculas obtenidas naturalmente. Las penicilinas provienen de hongos, los amino glucósidos de actinomicetos y los poli peptídicos de bacterias y hay otros que son biosintéticos, semisintéticos o sintéticos. De acuerdo a su estructura y modelo de acción pueden tener actividad contra diversas especies bacterianas o limitada a una o pocas especies igualmente su acción puede ser bactericida ocasionando lisis celular o puede ser bacteriostática, impidiendo la multiplicación bacteriana y así facilitando los mecanismos de defensa del cuerpo humano para radicar la infección.

La OMS presenta una lista modelo de medicamentos esenciales modificada por última vez en el 2017 donde se incluyen los antibióticos en tres categorías: acceso,

precaución y último recurso. Y se han formulado recomendaciones sobre cuando se debería utilizar cada categoría.

Los fármacos son un factor de riesgo de interés farmacológico, clínico y de salud pública, induce emergencias accidentales, iatrogénicas, intencionales o por sobredosis, así: la penicilina g benzatinica produce shock anafiláctico, el cloranfenicol produce colapso vascular la vancomicina genera reacción de hipersensibilidad y muchos otros medicamentos pueden producir incluso la muerte.

La OMS reporta que el 50% de los fármacos que se recetan, se dispensan o se venden inadecuadamente y más de la mitad de los pacientes no los toman correctamente. En los países en vía de desarrollo los medicamentos representan del 25 al 70% del gasto global en salud, comparado con los países de ingresos altos. El 90% de los países de ingresos bajos o medios tienen que comprar sus medicamentos de su ingreso reducido, no tienen seguridad social, la atención subsidiada es insuficiente e inoportuna.

Debido al impacto que genera la automedicación de antibióticos, convirtiéndose en una actividad de interés en salud pública, en varios países se han implementado estrategias, en especial de tipo legal que impidan tener acceso fácil a este tipo de medicamentos, con dichas restricciones poder adquirir el antibiótico solo con prescripción médica, en algunos países europeos se ha demostrado una disminución de esta práctica, sin embargo, en la mayoría de los hogares de estudios

realizados, en Serbia, España y Brasil, se ha demostrado que las personas tampoco siguen las indicaciones de uso adecuado de los antibióticos, la mayoría no completan el tratamiento instaurado, porque los síntomas mejoran y consideran que no es necesario seguir tomándolo, lo que hace que se guarden esos medicamentos sobrantes para futuras afecciones, sin conocer los riesgos que genera en su salud, primero no tomar el tratamiento según la indicación médica y segundo, tomar nuevamente y de forma inadecuada antibióticos sin tener claro si la etiología de los síntomas es de origen bacteriano. Esto es porque las personas no tienen claras las prácticas de autocuidado, no es lo mismo auto medicarse algo para un dolor y ver la evolución de los síntomas, definir si requiere o no asistencia al servicio de salud. Dentro de este mismo estudio se identificó que las personas que convivían con personas que tenían enfermedades crónicas no tenían guardados antibióticos en su hogar o les daba miedo auto medicarse dichos medicamentos, por posible interacciones con los que ya viene tomando de manera crónica, esto también se debe a que en los diferentes programas manejados para este tipo de pacientes con enfermedades crónicas, se hace mucho énfasis en la importancia de no tomar medicamentos que no sean indicados por su médico tratante y ante un síntoma de alarma consultar de inmediato ⁽⁴⁾.

Son diversos los factores que se relacionan con la automedicación de antibióticos, muchos relacionadas en diversos estudios, por la falta de la políticas en salud que permitan primero la regulación en la adquisición de dichos medicamentos, segundo la vigilancia de que las normas se cumplan en aquellos lugares que ya tiene

reglamentación frente a este problema y tercero que medidas que se relacionan con las prácticas de autocuidado, falencias en cada uno de los puntos anteriores han permitido que este problema crezca a nivel mundial y tenga las implicaciones en salud que ya vemos actualmente, donde nos estamos quedando sin medicamentos adecuados para el manejo de enfermedades que podrían ser tratadas de manera ambulatoria y ahora no es posible. El autodiagnóstico y el deseo de las personas de comprar antibióticos en cantidades subterapéuticas para tratar una enfermedad o prevenir una enfermedad tienden a ser normas culturales a nivel mundial, sin embargo, ninguna de ellas fundamentada en una verdadera política en salud que genere impacto ⁽⁵⁾.

La falta de seguro médico y la falta de acceso a la atención médica empujaron a algunas personas a auto medicarse y a encontrar formas de ahorrar costos, como acercarse directamente a los farmacéuticos y evitar consultas médicas; la falta de conciencia de los peligros y consecuencias del uso inadecuado de antibióticos, así como conceptos erróneos y confusión sobre el papel de los antibióticos y la causa de la enfermedad, ya sea viral o bacteriana, también son factores que pueden llevar al uso irracional de antibióticos. Son pocos los estudios en lo que se evidencia que esta práctica haya tenido resultados positivos como la curación de la enfermedad, en su mayoría se generan es alergias, efectos secundarios e interacciones fármaco-fármaco, lo cual termina obligando a la persona a recurrir al sistema de salud, para manejo de las complicaciones derivadas de esta práctica, generando gastos mayores en los sistemas de salud ⁽⁵⁾.

Estudios realizados en Colombia, evidencian que igual como se ha demostrado a nivel mundial las dificultades para acceder a los servicios de salud en una gran parte de la población, debido a las largas esperas para poder tener una cita por consulta externa y largas horas de espera en los servicios de urgencias, así como una afectación en la credibilidad hacia el personal de salud, son las razones más importantes por las que las personas en nuestro país se auto medican con antibióticos; donde el regente de farmacia tiene mayor aceptación para la comunidad que el médico. Sienten que ni las compañías de seguros ni los médicos están realmente interesados en su salud. Los resultados de este estudio el cuál comparó lo que sucedía en Colombia así como en diferentes partes de Estados Unidos, tiene como impacto generar propuestas de políticas en salud, con intervenciones educativas sobre el uso de antibióticos, mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, incluir información sobre la transmisibilidad de los genes de resistencia bacteriana, Este concepto se relaciona con la responsabilidad individual de usar adecuadamente los antibióticos para evitar afectar a los miembros de la comunidad, un tema que se complica aún más cuando la vida está en riesgo ⁽⁶⁾.

Son diversas las recomendaciones derivadas de los estudios y todas ellas se relacionan al afirmar que la automedicación de antibióticos es de origen multifactorial y que las medidas que se deben implementar, deben abarcar todos los actores, personal asistencia, personal administrativo en salud, medios de

comunicación, escuelas de medicina, enfermería, química farmacéutica y lo más importante vincular a cada individuo en este proceso, con el fin de generar un cambio real. Por ejemplo, con el uso de las campañas en los medios de comunicación para enfocar de manera eficiente los programas de educación pública; estas campañas no solo deben difundir información sobre el uso adecuado de antibióticos y los posibles riesgos relacionados con su uso inadecuado, sino también utilizar teorías conductuales y de persuasión y la repetición para abordar modificaciones en las actitudes de riesgo para la salud ⁽⁵⁾.

Medidas que solo afectan legalmente la venta libre de dichos medicamentos, no es una medida que genere impacto en la salud de la población, cuando se prohíbe la venta de dichos medicamentos sin prescripción médica, la población ha encontrado la forma de adquirirla, ya se falsificando fórmulas médicas, utilizando fórmulas de familiares o amigos, ya que la mayoría de estas fórmulas no quedan en el establecimiento de venta, sino que quedan en poder de las personas, ya que allí se encuentran las indicaciones para su consumo, por lo cual puede ser utilizada en varias ocasiones; por tal motivo se insiste en la importancia de crear desde la parte educacional en salud las condiciones e indicaciones de un verdadero autocuidado y como generar realmente un impacto, donde cada individuo es responsable también por mantener un adecuado estado de salud ⁽⁷⁾. Solo cuando se realizó una intervención en el individuo fue que se pudo tener un cambio evaluado en la calidad de la salud individual, grupal y sus repercusiones en el sistema de salud, además que estas acciones se deben mantener vigentes a lo largo del tiempo, deben

realizarse de manera periódica y se deben evaluar, con el fin de determinar los resultados posteriores a su implementación y más en un país como Colombia, donde hay tanta variabilidad socioeconómica, cultural, intelectual, entre otras ⁽⁸⁾.

Los responsables de la formulación de políticas deben reconocer la complejidad de la automedicación para desarrollar intervenciones multifacéticas que se dirijan simultáneamente a los profesionales sanitarios y a los pacientes ⁽⁹⁾.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Gripe: conocida en el ámbito médico como influenza, es una infección respiratoria causada por virus, una enfermedad leve, pero también puede ser grave e incluso mortal, especialmente para personas mayores de 65 años, recién nacidos y personas con ciertas enfermedades crónicas. Es causada por el virus de la influenza que se transmite de persona a persona. Cuando alguien con gripe tose, estornuda o habla, expulsa pequeñas gotas. Estas gotitas pueden caer en la boca o en la nariz de las personas que están cerca y se contagia.

Diarrea: se le llama diarrea a las heces acuosas y blandas que se presentan tres o más veces en un día. La diarrea aguda dura un corto tiempo entre uno o dos días, pero puede durar más tiempo. La diarrea crónica, dura al menos cuatro semanas, puede ser un síntoma de una enfermedad crónica. La causa es multifactorial, pueden ser bacterias en alimentos o agua, virus, parásitos, intolerancia a ciertos alimentos entre otras.

Migraña: es un tipo de dolor de cabeza que puede ocurrir con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz y al sonido. En muchas personas, se siente un dolor pulsátil únicamente en un lado de la cabeza.

Cistitis: es el término médico para la inflamación de la vejiga. La mayoría de las veces, la inflamación es causada por una infección bacteriana. Suele aparecer por una infección urinaria, pero también puede ser por otros agentes externos como medicamentos, quimioterapias entre otros.

Acné: es una enfermedad común de la piel que provoca espinillas (granos), se forman cuando los folículos pilosos que se encuentran debajo de la piel se tapan. La mayoría de las espinillas aparecen en el rostro, el cuello, la espalda, el pecho y los hombros. Cualquier persona puede tener acné, pero es común en los adolescentes y los adultos jóvenes. No es grave, pero puede dejar cicatrices.

Dolor dental: el dolor dental es la afección más frecuente de la cavidad oral y en la mayoría de las ocasiones está producido por alguna de las siguientes causas: caries, fractura de esmalte, enfermedad periodontal, pericoronaritis del cordal (muela del juicio) e hipersensibilidad dentinaria.

Brote en la piel: se puede llamar dermatitis, es una inflamación (abultamiento) o irritación de la piel. Puede ser rojo, seco, escamoso y picar.

Vómito: también llamado emesis, es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca. Puede aparecer como síntoma de muchas enfermedades

Dolor abdominal: es el dolor que se siente en el área entre el pecho y la ingle.

Cefalea: también conocida como dolor de cabeza representa una de las formas más comunes de dolor en la raza humana. Generalmente el dolor de cabeza se presenta de forma intermitente. Las formas más frecuentes corresponden a la migraña o jaqueca y a la cefalea de tensión.

Dificultad para respirar: es cuando se tiene problemas para respirar, le cuesta o es incómodo obtener el oxígeno que necesita. Puede sentir que no está obteniendo el suficiente aire. A veces puede tener problemas respiratorios leves por una congestión nasal o hacer ejercicio muy intensamente. Pero la falta de aire también puede ser señal de una enfermedad seria.

Antibióticos: son medicamentos potentes que combaten las infecciones bacterianas. Su uso correcto puede salvar vidas. Actúan matando las bacterias o impidiendo que se reproduzcan. Después de tomar los antibióticos, las defensas naturales del cuerpo son suficientes.

Xerostomía: es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivares y consiste en una disminución de la secreción salival, denominada también boca seca, a sialorrea o hipo salivación, la definen como una condición clínica subjetiva donde hay menos cantidad de saliva de lo normal, sin tener una definición entre límites normales y anormales.

Gingivitis: una inflamación de las encías es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa de la gingivitis es la placa: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias dental, que se deposita constantemente sobre los dientes y encías.

4.3 MARCO CONTEXTUAL

La fundación del municipio de Candelaria se remonta a 1545, por esta razón es una de las poblaciones más antiguas del Valle del Cauca. El municipio muestra en su plaza principal su iglesia, construida en 1779, dedicada a la veneración de la virgen patrona del municipio. Esta imagen lleva en su mano una pequeña candela, que representa a Jesús como luz del mundo.

En candelaria tiene lugar el festival de música de cuerda Pedro Ramírez en septiembre, fiesta de nuestra señora de la candelaria en febrero y festival de música colombiana en octubre. Luego del proceso de independencia Candelaria paso a hacer parte del departamento del Cauca. Hasta 1864 Candelaria fue distrito de

caloto año en que se erigió en municipio por mandato legislativo del 3 de febrero del mismo año siempre haciendo parte del estado federado de la Gran Cauca. El estado federado desapareció con la reestructuración de la nación planteada en la constitución de 1886. Al inicio del siglo XX se inicia la disgregación del antiguo departamento. Con la ley 65 de 1909 y por medio del decreto 340 del 16 abril de 1910, se fundó el nuevo departamento del Valle del Cauca y se designó como capital a la ciudad de Cali.

4.3.1 Ubicación geográfica. Candelaria se ubica en el Valle geográfico del río Cauca, al extremo del departamento del Valle y sobre la banda de derecha el Río, frente al municipio de Cali. Limita al norte con el río Bolo y el municipio de Palmira, al sur con el río desbaratado y los municipios de Puerto Tejada y Miranda en el departamento del Cauca, al occidente con el Río Cauca y la ciudad de Cali, al oriente con los municipios de Florida y Pradera.

4.3.2 Aspecto poblacional. Candelaria con aproximadamente 294 km² ocupa el puesto de vigésimo primero (21) en extensión territorial en el contexto del Valle del Cauca, Candelaria cuenta hoy con 73.546 habitantes.

4.3.3 Hidrografía. Hidrográficamente Candelaria, posee un sistema constituido por ríos que lo limitan y lo circundan como el Cauca, el Párraga, Frayle, Desbaratado y varias corrientes menores que permiten en épocas secas el riego para los diferentes cultivos, como: Zanjón Chontaduro, Quebrada Granadillo, Zanjón

Zaineras, Zanjón Tortugas, Zanjón Cuatro Esquinas, Zanjón Bolito y Quebrada Las Cañas.

4.3.4 División política administrativa. Cuenta con una división político-administrativa conformada por diez corregimientos: Juanchito

4.3.5 Límites y características del municipio. Limita al norte con el municipio de Palmira, al sur con el departamento del Cauca, al occidente con el municipio de Santiago de Cali y al oriente con los municipios de Pradera y Florida. Extensión total: 285 km², Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 975 m.s.n.m., temperatura media: 23 grados centígrados. Distancia de referencia: 28 km de Cali, limitado con la ciudad de Cali a 5 minutos del puente esta Candelaria, ubicada en el suroriente del departamento sobre el Valle geográfico del Rio Cauca (10,11).

4.4 MARCO NORMATIVO

4.4.1 Política de Atención Integral en Salud. El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera

oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema.

4.4.1.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS. Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud

familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud.

4.4.1.2 Atención Primaria en Salud. Enfoque de salud familiar y comunitaria. Es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población.

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida, saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad

familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

4.4.1.3 Atención Primaria en Salud. Cuidado de la salud. Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud.

Más allá del autocuidado, el concepto de cuidado involucra dimensiones familiar, comunitaria e institucional. Integra la forma en que los servicios de salud se aproximan a la población. El cuidado se relaciona con el curso de vida de la persona, su acumulación de capital de salud y de capital social; el primero le permite el libre desarrollo de su personalidad y poder realizar todas las actividades que a lo largo de la vida la persona desea emprender. El segundo, consolida la red de apoyo y de socialización de la persona que es fundamental en las diversas etapas del transcurso de su vida. Y el tercero, el capital de salud, es variable, acumulativo y relacionado con las decisiones de la persona; por ejemplo, si se decide fumar a lo

largo de la vida existirá un alto riesgo (primario) de desarrollar enfermedad o restricciones pulmonares que limitarán el capital de salud.

El autocuidado se ha relacionado con la resiliencia de la persona, que implica su capacidad para recuperar las circunstancias traumáticas de la vida y la forma en que el cuerpo humano incorpora los efectos del ambiente, las interacciones sociales y los traumas psicológicos y corporales. En el contexto de la Ley Estatutaria de Salud el primer deber de la persona con el servicio de salud es “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad” (Autocuidado).

No es posible proyectar efectos positivos de la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad si no se logra incrementar el nivel de cuidado en el individuo. No se pueden reducir riesgos de enfermedad si no se logra que el individuo asuma decisiones frente al hábito de fumar, la adecuada nutrición, las conductas riesgosas en el ámbito laboral, la escuela o las conductas sexuales. El cuidado no es solo un objetivo de las intervenciones del Sistema. Debe ser un conjunto de nociones que el individuo construye a lo largo del curso de vida y con base en la información que obtiene en su familia, la escuela, pero por encima de todo en la cotidianidad. Es por esa razón que el cuidado se conecta con la valoración del individuo del Sistema de Salud. Su utilización y el seguimiento de las intervenciones colectivas e individuales que este le proporciona.

4.4.2 Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

4.4.2.1 Capítulo III. Atención Primaria en Salud.

Art. 12 Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Art 13. Implementación de la Atención Primaria en Salud. El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Cultura del autocuidado. Orientación individual, familiar y comunitaria.

4.4.3 Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad

de vida. Estas políticas estarán ' orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes: Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

4.5 MARCO ÉTICO

4.5.1 Normatividad internacional

4.5.1.1 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Capítulo I. Principios Generales

Artículo 3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente",

y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

Artículo 6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Artículo 8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Artículo 9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal

o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

Artículo 10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Artículo 12. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración

Capítulo II. Investigación médica combinada con asistencia profesional
(Investigación clínica)

Artículo 4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.

Artículo 6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médico, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

Capítulo III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas
(Investigación biomédica no clínica)

Artículo 1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.

Artículo 2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.

Artículo 3. El investigador o el equipo investigador deben suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.

Artículo 4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas ⁽¹²⁾.

4.5.2 Normatividad nacional

4.5.2.1 Resolución 8430 de 1993

República de Colombia Ministerio de Salud Res.N°8430 de 1993 (4 de octubre de 1993)

Título II. De la investigación en seres humanos

Capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- c) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- d) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- e) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de Salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

El principio de Autonomía establece la imperatividad de dicha consideración. Autónoma será aquella persona con capacidad para obrar y con la facultad de

enjuiciar razonablemente el alcance de sus actuaciones y de responder por sus consecuencias. En el ámbito médico ello significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo tienen prioridad en la toma de decisiones. La expresión máxima de este principio es el consentimiento informado (derecho del paciente y deber del médico). Ello permite hacer más simétrica la relación entre los agentes implicados controlando los posibles abusos de poder producto de clásicas posiciones paternalistas.

El principio de No Maleficencia nos obliga a no perjudicar a los demás. Habitualmente conocido como *primum non nocere* es un principio prioritario. Parece que estamos obligados a no dañar a los otros, pero no siempre estaremos obligados a beneficiarlos. Aquí habría que hacer muchas matizaciones e introducir alguna distinción útil como la de daños necesarios y daños innecesarios, especialmente importante en el ámbito sanitario de cara a la aplicación de muchos procedimientos terapéuticos. De forma que el análisis debe realizarse conjuntamente con el principio de beneficencia.

El principio de Beneficencia compromete a proporcionar beneficios a los demás. Claramente el principal obstáculo deriva de las diferentes concepciones de las que parte cada uno a la hora de estimar lo que considera beneficio o perjuicio. Reanimar a un paciente en parada cardio-respiratoria, a pesar de haber solicitado lo contrario, o alimentarlo contra su voluntad son ejemplos de decisiones basadas en exclusiva

en este principio. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.

El principio de Justicia descansa en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas. La asignación y distribución de recursos en el ámbito sanitario puede contribuir a incrementar o disminuir las desigualdades. Resultará justa la igualdad en el tratamiento de las situaciones que son iguales. La dificultad radica en determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta ⁽¹³⁾.

4.5.2.2 Código de Ética del Odontólogo Colombiano

Ley 35 de 89. El Congreso de Colombia ⁽¹⁴⁾, decreta:

Capítulo I. Declaración de principios.

Artículo 1. Se entiende por ejercicio de la odontología, la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.

El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humanas.

De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria, dar servicios profesionales de calidad y en forma oportuna.

Los conocimientos, capacidades y experiencias con que el odontólogo sirve a sus pacientes y a la sociedad, constituyen la base de su profesión. Por lo tanto, tiene obligación de mantener actualizados los conocimientos; los cuales, sumados a su honestidad en el ejercicio de la profesión, tendrán como objetivo una óptima y mejor prestación de los servicios.

Capítulo III. Del sector profesional, prescripción, historia clínica y otras conductas.

Artículo 23. El odontólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo lo que, por razón del ejercicio de su profesión, haya visto, escuchado y comprendido, salvo en los casos en que sea eximido de él por disposiciones legales. Así mismo, está obligado a instruir a su personal auxiliar sobre la guarda del secreto profesional.

Artículo 25. El odontólogo deberá abrir y conservar debidamente, historias clínicas de sus pacientes, de acuerdo a los cánones científicos.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo cuantitativo, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad.

5.2 TIPO DE DISEÑO

No experimental. Descriptivo: en este estudio se aplicará una encuesta virtual en lo que se hablará sobre el tiempo, duración, evento adverso, tipo de antibiótico ingerido y factores contribuyentes.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.3.1 Población. Toda la población general mayor de edad del consultorio odontológico Oraldent en poblado campestre corregimiento de candelaria en el primer (1º) semestre del año 2020.

5.3.2 Muestra. Será por conveniencia, la población general mayor de edad del consultorio odontológico Oraldent en poblado campestre corregimiento de candelaria en el primer semestre 2020^a que cumplan con los criterios de inclusión.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 Criterios de inclusión

- Población adulta general del consultorio odontológico Oraldent en Poblado Campestre corregimiento de Candelaria en el primer semestre del año 2020.
- Población que acepte participar voluntariamente y firme el consentimiento informado.
- Población que pertenezca en la base de datos del consultorio odontológico Oraldent en Poblado Campestre durante el primer semestre del año 2020.

5.4.2 Criterios de Exclusión

- Población que no desee participar
- Población menor de edad.
- Población que no aparezca en la base de datos del consultorio odontológico Oraldent en Poblado Campestre.

5.5 VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Conceptualización	Variabilidad	Indicador-categoría
Edad	Intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento hasta el día en el cual se realiza la encuesta.	Cuantitativa	18 - 28 29 - 38 39 - 48 49 - 58 59 - 68

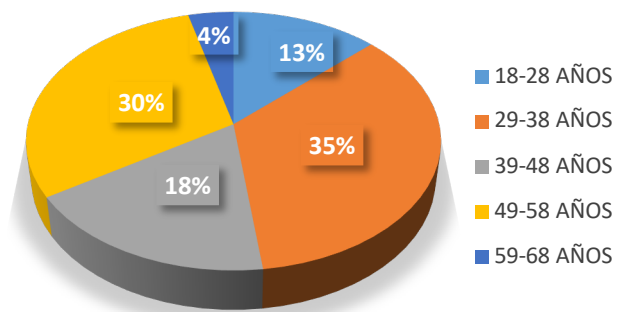
Variable	Conceptualización	Variabilidad	Indicador-categoría
Genero	Entendido como el género referido a características biológicas.	Cuantitativa	Femenino Masculino
Nivel educativo	Es una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo.	Cualitativo	Básica primaria Básica secundaria Técnico Tecnológico Universitario Posgrado
Antibiótico ingerido	Ingesta y/o uso de sustancias o actividades a seguir mediante el sistema de seguimiento epidemiológico.	Cualitativa	Amoxicilina Cefalexina Clindamicina Dicloxacilina Doxiciclina Azitromicina Metronidazol
Frecuencia de automedicación	Intervalos en cantidad de antibióticos ingeridos.	Cuantitativa	1 vez a la semana 1 vez al mes 1 vez al año 2 o más veces al año

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ADULTA OBJETO DEL ESTUDIO

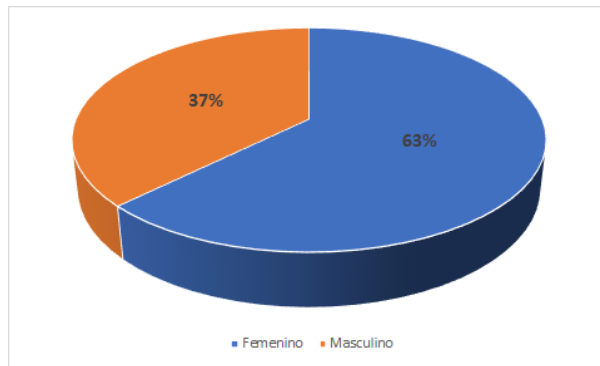
Los resultados que se presentan a continuación corresponden al desarrollo de la herramienta que permitió la recolección de datos para determinar si la automedicación de antibióticos, que es una práctica de autocuidado dentro de la política PAIS, que genera mayores riesgos para la salud y como se puede contribuir a un mejor entendimiento de las prácticas de autocuidado. Se aplicó la herramienta en 84 personas vía virtual debido a la contingencia actual; donde se indagó sobre algunos aspectos sociodemográficos, como: edad, género y nivel educativo. Entonces, del total de la población (n=84), 29 adultos de los encuestados se encuentran en el rango de edad entre 29 y 38 años, lo representa un 35% de participación y en menor porcentaje con el 4% los adultos entre 58 y 69 años que corresponde a un total de 3 adultos en este rango de edad. Como se presenta en la gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución por edad.



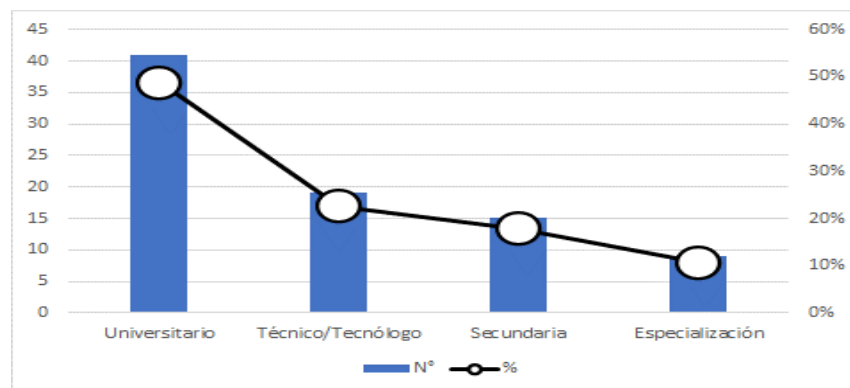
Teniendo en cuenta el total de la población objeto del estudio (n=84), se evidencia que participaron 53 mujeres y 31 hombres, en porcentajes del 63% y 37% respectivamente (gráfica 2). En cuanto al nivel educativo de la población que participa en el estudio, se demuestra que el 60% (n=50) son universitarios o con especialización universitaria, el 23% (n=19) técnicos o tecnólogos y el 18% (n=15) restantes, con estudios de secundaria (gráfica 3).

Gráfica 2. Distribución por género.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

Gráfica 3. Nivel educativo.

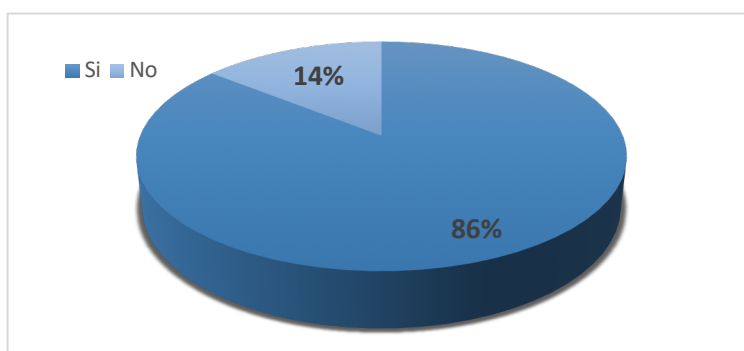


Fuente: recolección por encuesta digital propia.

6.2 CAUSAS DE LA AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO

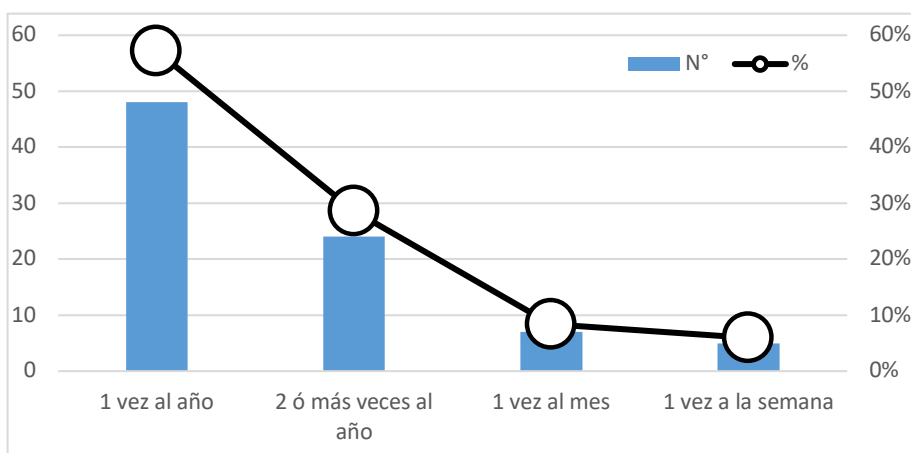
La gráfica 4 muestra que el 86% (n=72) de la población se ha automedicado con antibióticos, frente a un 14% (n=12) que no se ha automedicado. La distribución porcentual de la automedicación con antibióticos muestra que el 57% (n=48) se ha automedicado 1 vez al año, el 29% (n=24) 2 veces al año, 8% (n=7) 1 vez al mes y el 6% (n=5) lo ha hecho 1 vez a la semana (gráfica 5).

Gráfica 4. Automedicación de antibióticos.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

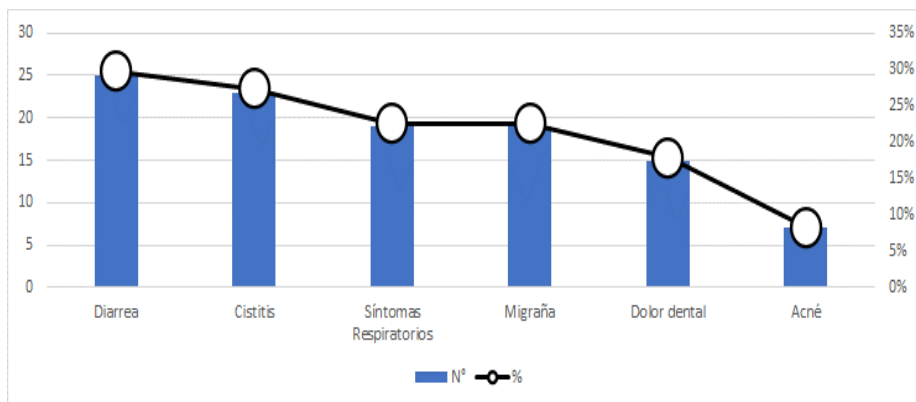
Gráfica 5. Frecuencia de automedicación con antibióticos.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

Dentro de los síntomas o enfermedades por las cuáles se ha automedicado con antibióticos, se observa que la diarrea es el principal síntoma para la automedicación con antibióticos con un 23% (n=25), seguido de cistitis con un 27% (n=23), la migraña y síntomas respiratorios con un 21%(n=19) respectivamente, el dolor odontogénico con un 14% (n=15) y el acné en un 6% (n=7) como se observa en la gráfica 6.

Gráfica 6. Razones para la automedicación con antibióticos.

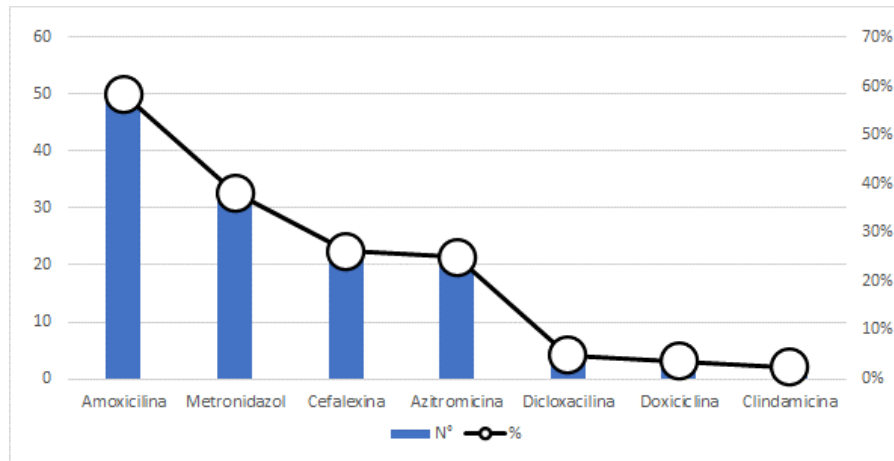


Fuente: recolección por encuesta digital propia.

Se evidencia que dentro de la automedicación con antibióticos de uso frecuente por la población se encuentran la amoxicilina con el 37% (n=49), seguido de metronidazol en un 24% (n=32), la cefalexina en un 17% (n=22), azitromicina en un 16%(n=21) y ya en un mínimo porcentaje la dicloxacilina 3% (n=4), Doxiciclina con 2% (n=3) y Clindamicina 1%. (n=2), para este caso es importante señalar que algunas personas responden a más de un antibiótico como elección para automedicarse, razón por la cual la muestra pasa de 84 a 133 respuestas (gráfica 7). De esta gráfica, al revisar y compararlos con la gráfica 6 se puede observar que,

aunque la mayor causa de automedicación es la diarrea, el principal antibiótico consumido es la amoxicilina, la cuál no sería la primera opción para usar en este caso y ocasionalmente se podría usar en la segunda causa más frecuente que es la cistitis.

Gráfica 7. Antibióticos usados.

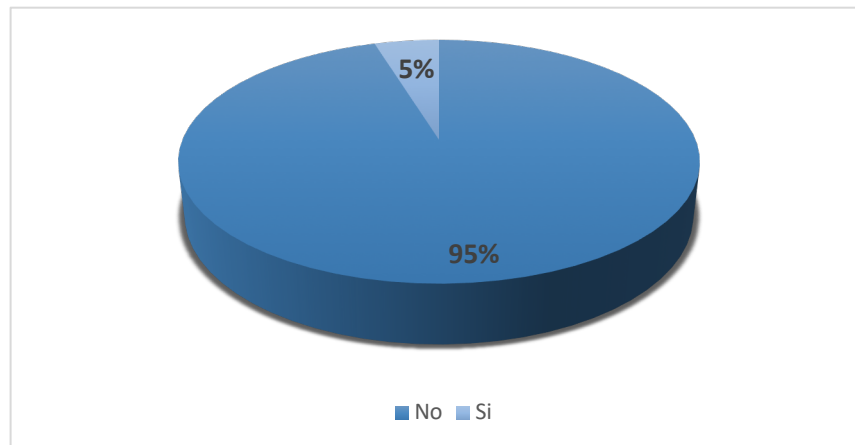


Fuente: recolección por encuesta digital propia.

6.3 CONSECUENCIAS DE LA AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS

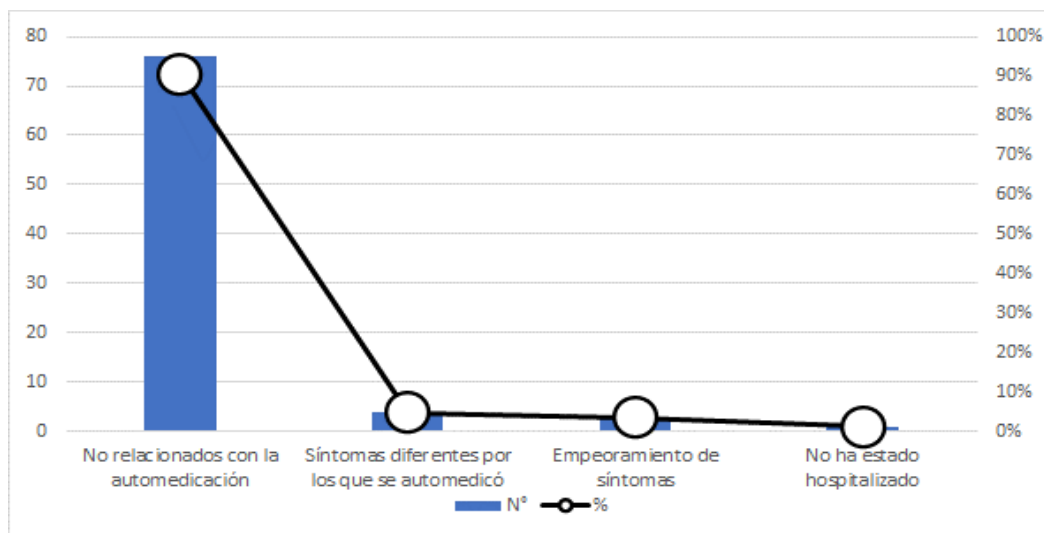
La gráfica 8 muestra que el 95% (n=80) de la población no requirió hospitalización frente a un 5% (n=4) que si tuvo hospitalización posterior a la automedicación con antibióticos. La gráfica 9 muestra la distribución porcentual de motivo de hospitalización se evidencia que el 90% estuvo hospitalizado por otra razón diferente y no relacionada con la automedicación de antibióticos, el 5% por razones diferentes a las cuales se automedicó, el 4% por empeoramiento de los síntomas por los cuales se automedicó y el 1% nunca estuvo hospitalizado.

Gráfica 8. Hospitalización posterior a automedicación con antibióticos.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

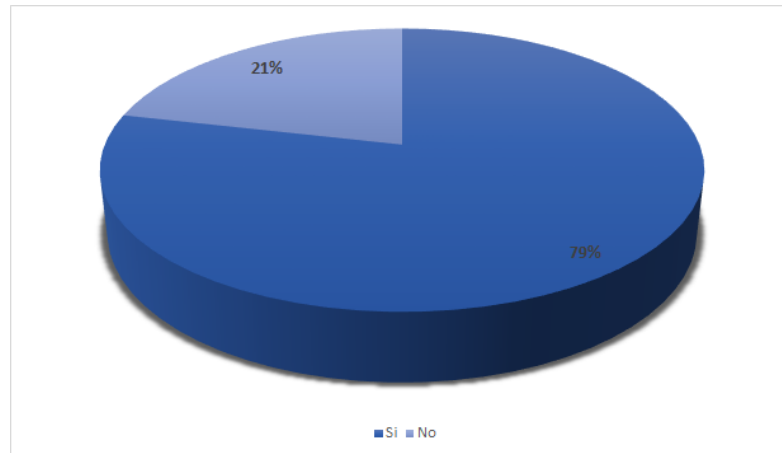
Gráfica 9. Motivo de la hospitalización.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

La gráfica 10 muestra de manera porcentual si la población objeto de estudio conoce los riesgos de la automedicación con antibióticos donde el 79% (n=66) si los conoce y el 21% (n=66) los conoce.

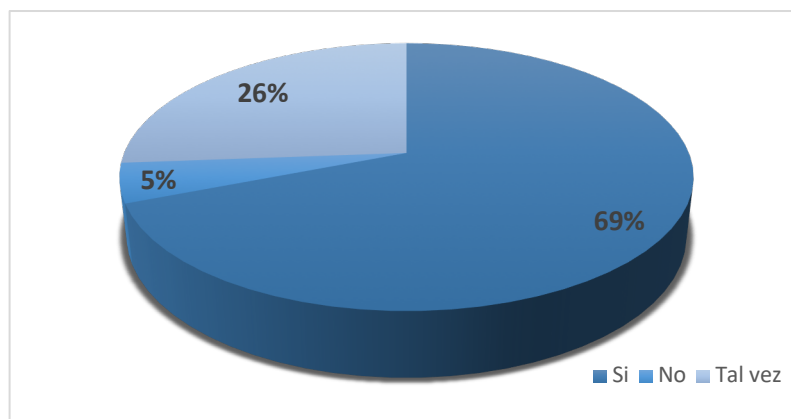
Gráfica 10. Riesgos de automedicarse.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

La gráfica 11 muestra que el 69% (n=66) de la población de estudio considera que automedicarse con antibióticos tiene riesgo para la salud, el 26% (n=66) tal vez y el 5% (n=66) considera que no.

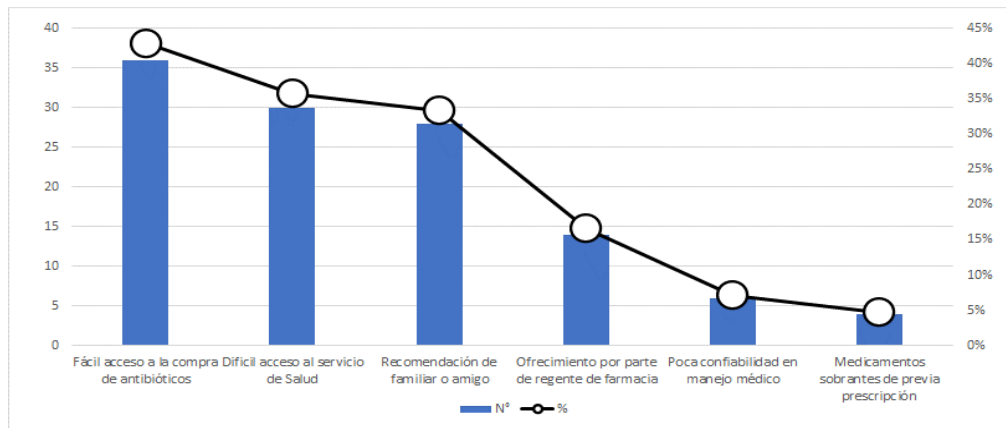
Gráfica 11. Automedicarse con antibióticos tiene riesgos en la salud.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

La gráfica 12 muestra la distribución de los factores que influyen en la automedicación con antibióticos con un 31% (n=36) fácil acceso a la compra de antibiótico, seguido de Difícil acceso al servicio de Salud con un 25% (n=30), Recomendación de familiar o amigo en un 24% (n=28), Ofrecimiento por parte de regente de farmacia en un 12% (n=14), Poca confiabilidad en manejo médico 5% (n=6) y por último con un 3% (n=4) medicamentos sobrantes de previa prescripción.

Gráfica 12. Factores que influyen en la automedicación de antibióticos.



Fuente: recolección por encuesta digital propia.

7. CONCLUSIONES

La automedicación es una práctica que cada día está teniendo más aceptación y aplicación por parte de la población a nivel mundial, asociado a múltiples factores como los evaluados en este estudio entre otros. Se han realizado diversos estudios que buscan evidenciar porque se presenta esta automedicación con antibióticos y las implicaciones que tiene para el sistema de salud, donde la más estudiada ha sido la resistencia bacteriana que es ahora un problema en salud pública mundial y que se relaciona estrechamente con la automedicación de antibióticos y con la inadecuada prescripción de dichos medicamentos, sin tener racionalidad en su uso. Y aunque en varios de los estudios se hable sobre la práctica del autocuidado, esta herramienta de la automedicación hace mayor referencia al uso de medicamentos como analgésicos, antihistamínicos entre otros medicamentos, según los síntomas del paciente, pero no en referencia al consumo de antibióticos.

Dentro de la política PAIS que empieza regir desde hace 4 años, uno de sus pilares es el autocuidado como una estrategia para la salud individual y comunitaria, teniendo como premisa que todo lo que se hace de manera individual, puede tener repercusiones a nivel comunitario y de esta manera afectar a una mayor población, sin embargo a pesar de que se encuentra descrita, no es algo sobre lo que se tenga claridad o se realicen campañas educativas que permitan mejorar esta práctica y ayudar a identificar a todos los grupos poblaciones los diferentes signos y síntomas

por los cuales consultar, ya sea a un servicio de medicina general o de urgencias. Así mismo no se han realizado estudios donde se evalúe directamente el autocuidado y sus efectos en la salud individual y comunitaria.

Por medio del estudio se evidencia, que las personas no tienen la práctica de autocuidado en salud clara; a pesar de considerar que auto medicarse con antibióticos puede traer consecuencias para la salud, sigue siendo una práctica común y además en un porcentaje significativo, realizan esta práctica con frecuencia. Hay que tener en cuenta que por lo general se puede estar tomando el medicamento inapropiado para los síntomas, dado que muchas veces se consumen por recomendación de un familiar o amigo, que seguramente ya había tenido tratamiento con algún antibiótico, teniendo buena respuesta y por eso lo aconseja, sin tener un criterio claro para su uso.

El nivel educativo de la mayoría de los participantes estaba por encima de la educación superior y la mayoría de las personas que realizan esta práctica se encuentran en el grupo del adulto joven, esto se podría relacionar como lo ha evidenciado diversos estudios nacionales e internacionales, con las prácticas de autocuidado de los adultos mayores o personas con comorbilidades, que han tenido énfasis sobre el autocuidado por los diferentes grupos de riesgos que se manejan en cada país y se recalca la información relacionada con la interacción medicamentosa, lo que los hace ser más precavidos con el uso indiscriminado de medicamentos; mientras que el adulto joven prefiere no asistir a los servicios de

salud y manejar síntomas en casa, con lo que tenga a disposición o pueda adquirir. Tampoco está interesado en leer la información relacionada sobre prevención de enfermedades y prevención de la salud. Esto sumado a la falta de acciones para el adulto joven en nuestro sistema de salud, en cuál no se implementan aún por todas las EPS y por el Ministerio de salud, prácticas de autocuidado que permitan afianzar conocimientos en salud y hacer al individuo, más responsable de su preservación.

El mayor porcentaje de las personas evaluadas en este estudio refiere no haber tenido complicaciones por el uso de los antibióticos, ni haber estado hospitalizado por dicha causa, sin embargo llama la atención que en el ítem de las razones por las que se ha estado hospitalizado, el mayor porcentaje refiere haberlo estado por una causa diferente y no relacionada por la que se auto medicó, pero esto para la población en general, puede ser difícil determinar, ya que no tiene los conocimientos en salud, para identificar si dicha hospitalización puede ser una consecuencia de la automedicación con antibióticos o algún efecto adverso tardío por el consumo de los antibióticos. Para lo cual se debe indagar en mayor profundidad sobre los motivos de consulta y hospitalización.

Un difícil acceso a los servicios de salud, dado por largas esperas para ser atendido en el servicio de urgencias y a su vez el conseguir una cita por consulta externa que tiene mayor tiempo de atención, se ha convertido en una barrera que facilita esta práctica y unido al fácil acceso a los antibióticos, lo ha convertido finalmente en un problema más que una solución.

En conclusión, se encuentra que el autocuidado a pesar de estar descrito dentro de la política PAIS y dentro de muchos modelos de atención en salud a nivel mundial, no tiene la importancia que merece, la cual podría contribuir a mantener un adecuado estado de salud en la población y a mejorar la oferta en los servicios de salud; esto evidenciado desde la automedicación con antibióticos, que tiene causas multifactoriales y cuyas consecuencias se han descrito en diversos estudios teniendo implicaciones en la salud comunitaria.

8. RECOMENDACIONES

Buscar estrategias por las cuales reforzar el autocuidado en toda la población, en especial en el adulto joven, que suele no dar importancia a los problemas de salud ni a los diferentes factores que pueden contribuir a un deterioro de su salud.

Reforzar en los entes gubernamentales, los determinantes de la Política PAIS donde el Cuidado es una parte fundamental y se recalca que, sin un empoderamiento individual, no es posible ver resultados.

Realizar estudios donde se puedan evaluar las prácticas de autocuidado que cree tener la población en general, para identificar las principales fallas y poder crear planes de acción frente a estas y contribuir a mejor la calidad en salud individual y comunitaria.

Reforzar los riesgos de la automedicación con antibióticos en la población en general y la normatividad para que a nivel nacional no se puedan dispensar este tipo de medicamentos sin fórmula médica; con el fin de disminuir el fácil acceso a estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de la Salud y la Protección Social – MinSalud. Política de Atención Integral en Salud. 2016 (consulta 10 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- 2) Tao W, Ivanovska V, Schweickerta B, Mullera A. Proxy indicators for antibiotic consumption; surveillance needed to control antimicrobial resistance. *Bull World Health Organ.* 2017; 97: 3–3A. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.227348>
- 3) OMS – Organización Mundial de la Salud. Medicamentos esenciales. 2017. (consulta el 2 de septiembre de 2020). Disponible en: https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/
- 4) Tomas A, Paut M, Tomic Z, Horvat O, Djurović D, Bukumirić D, Sabo A. Self-medication with antibiotics in Serbian households: a case for action? *Int J Clin Pharm.* 2017; 39(3): 507-513.
- 5) Alhomoud F, Aljamea Z, Almahasnah R. Self-medication and self-prescription with antibiotics in the Middle East—do they really happen? A systematic review of the prevalence, possible reasons, and outcomes. *Int J Infect Dis.* 2017; 57: 3-12.
- 6) Aponte J, González A, López J, Brown P, Eslava J. Perceptions in the community about the use of antibiotics without a prescription: Exploring ideas behind this practice. *Pharm Pract.* 2019; 17(1): 1394.

- 7) Jacobs TG, Robertson J, van den Ham H, Iwamoto K, Bak H, Mantel A. Assessing the impact of law enforcement to reduce over-the-counter (OTC) sales of antibiotics in low- and middle-income countries; a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2019; 19(536): 1-15.
- 8) Wirtz VJ, Herrera JJ, Tellez S, Dreser A. Analysing policy interventions to prohibit over-the-counter antibiotic sales in four Latin American countries. Tropical Medicine and International Health. 2013; 18(6): 665-673.
- 9) Torres NF, Chibi B, Middleton L, Solomon V, Mashamba T. Evidence of factors influencing self- medication with antibiotics in low and middle-income countries: a systematic scoping review. Public Health. 2019; 168: 92-101.
- 10) Colombia Turismo. Candelaria (consulta 2 de septiembre 2020). 2019. Disponible en: <http://www.colombiaturismoweb.com/DEPARTAMENTOS/VALLE/MUNICIPIOS/CANDELARIA/CANDELARIA.htm>
- 11) Vive Digital. Candelaria, Valle del Cauca ayer, hoy y siempre. 2017 (consulta 2 de septiembre de 2020). Disponible en: <http://pvdccandelaria.blogspot.com/2017/08/el-poblado-campestre.html>
- 12) WMA- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2020 (consulta el 2 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres->

