

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN FOLLETO SOBRE
PRESCRIPCIÓN Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN ODONTOLOGÍA**

**ALEXANDRA RINCÓN RAMIREZ
LAURA CAMILA GARCÍA AGUIRRE
VALENTINA SARMIENTO SOTO**

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
ODONTOLOGÍA
PALMIRA
2020**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN FOLLETO SOBRE
PRESCRIPCIÓN Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN ODONTOLOGÍA**

**ALEXANDRA RINCÓN RAMIREZ
LAURA CAMILA GARCÍA AGUIRRE
VALENTINA SARMIENTO SOTO**

MONOGRAFÍA PARA OBTAR AL TITULO DE ODONTÓLOGO GENERAL

**Dr. ADOLFO PEREZ ASESOR METODOLÓGICO
Dra. MONICA MAYA- ASESOR CIENTIFICA**

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
ODONTOLOGÍA
PALMIRA
2020**

AGRADECIMIENTOS

Principalmente, nuestros agradecimientos van dirigidos a Dios, sin El nada de esto hubiese sido posible. A nuestros asesores de tesis, el Dr. Adolfo Pérez y la Dra. Mónica Maya quienes estuvieron disponibles y dispuestos a ayudarnos en todo nuestro proceso aún en temporada vacacional. A los tres (3) Doctores quienes fueron nuestros jurados en la validación del folleto. Así mismo le damos gracias a todos los docentes, tutores y directivos que de alguna manera u otra nos contribuyeron con sus conocimientos para la realización y culminación de este proyecto.

DEDICATORIA

Principalmente dirijo esta dedicatoria con todo el amor y cariño a mis padres, Carlos Arturo García y Amanda Aguirre quienes han estado en todo momento acompañándome de la mano en este largo camino, a mis hermanos Viviana, Isabel y Carlos que han sido un apoyo incondicional en todo el sentido de la palabra y al resto de mi familia quienes han aportado un granito de arena para ayudarme a cumplir y culminar este proceso.

Laura.

Al creador de todas las cosas, El que cada día me da la fortaleza para seguir cuando tantas veces a punto de caer he estado. A mi hijo Juan Alejandro, porque es mi más grande fuente de motivación, es la razón que me levanta cada día y me empuja a enfrentar los retos que me pone la vida. A mi esposo, porque su apoyo y sacrificio han sido enormes y fundamentales para poder culminar este proceso. A mis padres y hermanas porque son el pilar más importante, porque siempre supimos que Dios nos premió con esta familia donde crecimos con tanto amor y tantos valores para poder enfrentar la vida con justicia. Han sido la base de mi formación.

Alexandra.

Primeramente, a Dios, mis padres Fernando y Sandra, mi hermana Leidy, mis niños Sofí y Juan, que siempre ha estado dándome todo el apoyo posible, amor y motivación para seguir adelante, esforzándome, sin desfallecer de este sueño por ser una profesional, gracias por todos los sacrificios y enseñanzas, siempre van a ser mi pilar, a mi familia Sarmiento Banderas y Soto Álvarez. A la vida, por mostrarme que siempre puedo con todo y que cada etapa es un proceso de crecimiento a pesar de incontables crisis, al destino que me permitió conocer excelentes personas, amigos y colegas que han sido parte de mi formación, a todos los pacientes que me confiaron su salud, con paciencia y cariño.

Valentina.

NOTA DE ACEPTACION

**FIRMA DEL PRESIDENTE
JURADO**

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

PALMIRA/ VALLE

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
2.JUSTIFICACIÓN.	16
3.OBJETIVOS.	17
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17
4.MARCO TEÓRICO.	18
4.1 CARACTERISTICAS DEL FOLLETO.....	21
4.2 VALIDACION DE CONTENIDO	22
4.3 CONSIDERACIONES DE LOS ANTIBIÓTICOS.....	26
5.METODOLOGÍA.	35
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	35
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS JURADOS	35
5.4 VARIABLES.....	35
5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
5.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
5.8 CONSIDERACIONES ETICAS.....	44
5.9 ANALISIS ESTADISTICO.....	44
6.RESULTADOS.....	45
7.DISCUSIÓN.....	49
8. CONCLUSIONES.....	52
9. RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Terapéutica Antimicrobiana	31
Tabla 2. Diferencia entre células procariotas y eucariotas	33
Tabla 3. Clasificación de los Antibióticos según su sitio de acción.....	34
Tabla 4. Operacionalización de Variables	35
Tabla 5. Criterios de Evaluación	38
Tabla 6. Dimensiones para evaluar prescripción de Antibióticos.....	39
Tabla 7. Esquema de Diseño para la evaluación de folleto.....	40
Tabla 8. Rúbrica para la evaluación de Folleto.....	43
Tabla 9. Validación por jueces- Puntajes iniciales CVC.....	46
Tabla 10. Validación por jueces- Puntajes Finales CVC.....	47
Tabla 11. Coeficiente de Validez de Contenido Inicial y Final.....	48

ANEXOS

Anexo A. Diseño – Validación de Folleto Educativo.....	56
Anexo B. Diseño Folleto Final.....	58
Anexo C. Cronograma y Presupuesto.....	59

RESUMEN

Objetivo: Determinar el diseño y validación de contenido de un folleto sobre la prescripción y uso de antibióticos en odontología.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de validación, se aplicó a 3 jueces expertos odontólogos especialistas en cirugía, periodoncia y endodoncia a quienes se les realizó la encuesta diseño y validación de un folleto educativo, utilizando el método Delphi, el cual consta de 7 dimensiones empleando el coeficiente de validez de contenido CVC de Hernández Nieto 2002, que tiene como objetivo evaluar la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, donde cada pregunta realizada obtiene una calificación de 1 a 4 respectivamente.

Resultados: En la primera evaluación por parte de los jueces, la dimensión introducción, terminología y antibióticos usados arrojaron igual sumatoria de puntaje, con un valor de 61 con un CVC Inicial de 0,81. Los cambios solicitados fueron mejorar escritura y redacción al contenido del texto, mejorar colores que fuesen acordes para la población a la que va dirigido. La dimensión profilaxis antibiótica, esquema de profilaxis antibiótica y pacientes de riesgo, arrojaron un puntaje de 63 con un CVC Inicial de 0.84, teniendo estas dimensiones con mayor CVC. En la segunda evaluación el puntaje más bajo fue la dimensión antibióticos usados, con puntuación de 64 y un CVC inicial de 0,85, consiguiendo que todas estas dimensiones estén por encima del valor recomendado.

Conclusiones: Se diseñó y evaluó la validez de contenido del folleto educativo por parte de expertos sobre la prescripción y uso de antibióticos en odontología, con un CVC alto de 0.85.

PALABRAS CLAVES: Validación de estudio, Terapia Antibiótica, Profilaxis Antibiótica.

ABSTRACT

Objective: To determine the design and content validation of a brochure on the prescription and use of antibiotics in dentistry.

Methodology: Descriptive observational validation study, applied to 3 expert judges dentists specializing in surgery, periodontics and endodontics who were surveyed, design and validation of an educational brochure, using the Delphi method, which consists of 7 dimensions using the CVC content validity coefficient of Hernández Nieto 2002, which aims to evaluate sufficiency, clarity, coherence and relevance, where each question asked obtains a score of 1 to 4 respectively.

Results: In the first evaluation by the judges, the introduction dimension, terminology and antibiotics used yielded the same sum of scores, with a value of 61 with an Initial CVC of 0.81. The changes requested were to improve writing and writing compared to the content of the text, adaptation of the colors, more in line with the population to which it is directed. The antibiotic prophylaxis dimension, antibiotic prophylaxis scheme and patients at risk, yielded a sum of score of 63 with an Initial CVC of 0.84, having these dimensions with a higher content validity coefficient. In the second evaluation, the lowest score was the antibiotics used dimension, receiving a score of 64 and an initial CVC of 0.85, achieving as a final result that all these dimensions were above the recommended value.

Conclusions: The content validity of the educational brochure was designed and evaluated by experts on the prescription and use of antibiotics in dentistry, with a high CVC of 0.85.

Keywords: Study validation, Antibiotic Therapy, Antibiotic Prophylaxis.

INTRODUCCIÓN

El buen uso de los antibióticos ha generado grandes cambios al pasar de los años, ya que han evolucionado junto con los seres humanos ayudando a combatir enfermedades graves e incluso a salvar vidas, sin embargo, el mal uso de estos puede llegar a ser contraproducente para la salud alterando así la flora intestinal que conlleva a la generación de infecciones que pueden ser mortales.

Es por esto que se debe contribuir a combatir y contrarrestar el uso irracional de este tipo de medicamentos para prevenir así la resistencia a los antibióticos, ya que se considera un problema mundial. Por ello resulta importante el reconocimiento del uso profiláctico y terapéutico de los antibióticos en odontología, tener presente los antibióticos más utilizados con su respectiva dosis, frecuencia y vía de ingesta.

Con este objetivo se decide realizar un instrumento educativo tipo folleto que les permite a los odontólogos fortalecer sus conocimientos a nivel farmacológico por medio de una revisión de literatura ya publicada para responder diversas preguntas que pueden resultar al momento de la consulta, este folleto entró en un proceso de validación de contenido donde fue evaluado por tres jurados en dos ocasiones diferentes y se le realizó sus respectivas correcciones. De esta manera se espera reducir las posibilidades de generar resistencia bacteriana en los pacientes o aún más una consecuencia letal.

Por otro lado, se espera que posteriormente siga la investigación para realizar un tipo de encuesta antes y después de utilizar el instrumento educativo (folleto) a una población de odontólogos determinada para medir diferentes temas de interés sobre sus conocimientos hacia los antibióticos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los antibióticos son de gran importancia en el manejo de las infecciones bucales y como medida profiláctica en personas de alto riesgo, es indispensable el uso racional de estos medicamentos, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el 2002, define este uso como la administración de fármacos adecuada a las necesidades clínicas.(Durkin et al., 2017; Hernández, González, & Pinilla, 2013)

En la boca se pueden encontrar más de 600 especies distintas de bacterias, por lo que la salud bucal podría indicar el estado de salud general y el riesgo de padecimientos de las enfermedades en niños y adultos.(Poveda Ayón, 2011)

Según un estudio en 2010 por Global Burden Disease Study, las enfermedades bucales afectan a 3,9 billones de personas a nivel mundial, esto genera una alta relevancia en el estudio previo para la prescripción de medicamentos, puesto que en el ámbito odontológico es cada vez más común la administración de medicamentos al paciente sin receta o una formulación mal realizada que conlleva a consecuencias indeseables.(Battellino & Bennun, 1993; Romero, 2014)

Lo que ha generado amplio margen de críticas sobre los profesionales, a pesar de no existir datos sobre la frecuencia en la formulación de antibióticos por parte de los odontólogos en Colombia, los estudios en otros países revelan la inadecuada formulación por el desconocimiento y falta de actualización en torno a este tema(Hernández et al., 2013; Romero, 2014). Esto se ha evidenciado a lo largo de la región (Suramérica); en 1990, se describen los resultados de una investigación destinada a evaluar conocimientos farmacológicos, conducta de prescripción y propuestas para mejorar el empleo de medicamentos en 285 odontólogos de la Ciudad de Córdoba (Córdoba, Argentina), el estudio mostró que el 58,3% de los odontólogos encuestados obtiene información en farmacología y terapéutica principalmente a través del material proveniente de los laboratorios farmacoquímicos.(Battellino & Bennun, 1993)

Por lo que uno de los mayores retos odontológicos es el prescribir medicamentos eficaces y seguros para controlar el dolor y la infección. El avance del conocimiento farmacológico exige una actualización diaria, aunque existe poca información basada en la evidencia científica relacionada al área de la Odontología relacionada a la ausencia de guías de práctica clínica y la permanencia de protocolos estandarizados basados en el consejo de expertos. (Poveda Ayón, 2011)

Tal como lo afirma la doctora Romero María en su estudio realizado en 2014, casi el 50% de todos los medicamentos se recetan, dispensan o venden en forma inadecuada alrededor del mundo, por lo que el problema puntualizado es encontrar una metodología para que los profesionales tengan criterio y sean conscientes de las prescripciones farmacológicas, para así evitar efectos adversos que puedan perjudicar a lo largo la salud del paciente. (Romero, 2014)

Como primera observación puntual de esta situación, se propone que el problema del uso irracional de los medicamentos se fundamenta principalmente en la existencia de malas prácticas de prescripción por parte de los profesionales de la salud, lo que, a su vez, en buena medida, radica en la deficiente capacitación que ellos poseen en las áreas farmacológica y terapéutica. (Ramírez Ramírez, 2006)consecuentemente se entablan varios cuestionamientos hacia las instituciones de preparación para estos profesionales, ya que los resultados van en contra de la misión fundamental (desarrollar un profesional altamente capacitado con integridad y criterio moral).

Por lo tanto, es indispensable trazar un punto de partida sobre los saberes y nivel de conocimientos de los odontólogos sobre la prescripción racional de antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, antimicrobianos, etc. Así, se podría proyectar un esquema educativo que lleve a un óptimo desempeño y a un grado más alto de integralidad, permitiendo así, mitigar los errores y las consecuencias negativas de realizar de manera errónea las prescripciones y tratamientos.

Un agravante de esta situación es que los odontólogos se basan en la información adicional que proporcionan las empresas fármaco-químicas, dicha información carece de todo criterio básico (suficiencia, coherencia y precisión respecto a los fármacos)(Romero, 2014) .Debido a esto, es preciso levantar información cualitativa y cuantitativa sobre el uso de los antibióticos en nuestra población de odontólogos(zonal), ya que en la actualidad no se cuenta con ningún estudio que nos proporcione estadísticas o información al respecto, además, plantear la motivación de investigación sobre necesidades que nos pueden ayudar con soluciones a la ciencia.(Battellino & Bennun, 1993)

Al adecuar el proceso de una buena intervención odontológica en la prescripción farmacéutica, el empleo óptimo y racional de los productos medicinales será condición fundamental para el correcto ejercicio de la práctica profesional, además de tener importantes implicancias económicas.(Torres Domínguez, 2005)

Finalmente, se anexa un factor externo a este problema, la promoción comercial, ya que este factor permea la integralidad económica, política, salud, educación en los países no desarrollados, completado así un círculo vicioso donde desinformación profesional/promoción comercial constituyen dos elementos en continua retroalimentación, que desfavorecen y desmeritan el nivel y los principios de esta rama de la medicina.(Hernández et al., 2013)

En el primer informe sobre la resistencia a los antibióticos se pone de manifiesto una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo.(Hernández et al., 2013)Por esta situación, el problema a tratar es el manejo y conocimiento de los profesionales (odontólogos) ejecutores actualmente de las prescripciones y de los tipos de fármacos posibles para tal caso, ya que los organismos de los pacientes empiezan a adquirir resistencia a fármacos si no se prescriben de manera adecuada y pueden promover infecciones que podrían tener alta complejidad para combatirlas.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la validez de contenido de un folleto educativo sobre prescripción y uso de antibióticos en odontología?

2.JUSTIFICACIÓN.

En 1998 la OMS declaró la resistencia a antibióticos como un problema de salud pública debido a la preocupante emergencia y diseminación en todos los países del mundo. Una de las causas de la resistencia a antibióticos es el uso inadecuado debido al escaso conocimiento y poco interés por este tema.

Es de primer orden trabajar en la preparación integral de los odontólogos, lo que permitirá un mejor resultado en los tratamientos, previniendo eventos adversos al paciente.

A nivel mundial, se han establecido proyectos del mismo margen y han mostrado cierto grado de mejoría, es decir, trabajar en esa iniciativa académica permitirá que la conciencia medica trabaje al margen y tengan en cuenta la complejidad y responsabilidad que trae consigo lo relacionado con la prescripción de fármacos, para que así los factores externos al tratamiento del paciente no lo permeen y permitan un óptimo desarrollo.

3.OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la validación de contenido de un folleto educativo que permita el fortalecimiento de las competencias en odontología para la prescripción y uso correcto de antibióticos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diseñar el contenido de las dimensiones del folleto educativo instrumento según evidencia científica y recomendaciones de la literatura.
- Determinar el Coeficiente de validez de Contenido CVC inicial de las dimensiones del folleto educativo frente a la suficiencia, claridad, coherencia, relevancia y diseño.
- Determinar la fiabilidad del instrumento de evaluación por los expertos mediante el alpha de cronbach.
- Determinar el Coeficiente de validez de Contenido CVC final de las dimensiones del folleto educativo frente a la suficiencia, claridad, coherencia, relevancia y diseño, previa correcciones y sugerencias en la primera evaluación.

4.MARCO TEÓRICO.

Desde hace un tiempo se han presentado resultados ineficientes en pacientes tratados con antibióticos por infecciones bucales, en estudios previos se establecen que dichos pacientes han tenido resultados adversos a los medicamentos por la resistencia que el organismo presenta a los mismos debido a un mal manejo por parte de los profesionales. Los odontólogos generales y especialistas se encuentran en tercer lugar en la lista de los profesionales que más prescriben antibióticos en todos los entornos ambulatorios en los Estados Unidos. Además, los informes de 2017 a 2019 sugieren que del 30% al 85% de las recetas de antibióticos dentales son "subóptimas o no están indicadas". (Deysi Guisela, 2017; Preciado Goldaracena, 2018)

Por lo que actualmente se ha tomado real importancia en el método de como los odontólogos prescriben los fármacos a sus pacientes, puntualmente trazando un margen claro, se habla de casos puntuales en Latinoamérica. Sin embargo, es necesario un cambio en el paradigma de la prescripción de antibióticos en odontología; Se alienta a la profesión a pasar de un enfoque "por si acaso" de prescripción de antibióticos a un enfoque "cuando sea absolutamente necesario".

Inicialmente, se han realizado varios ejercicios de este mismo orden en Perú, Argentina, México, etc. Estos serán expuestos a continuación, para justificar los medios y la planeación del desarrollo de la actividad propuesta, en el departamento de Lambayeque, Perú 2017. Se realizó una investigación de diseño transversal, descriptivo, prospectivo y observacional. Se aplicó un cuestionario que constó de 15 preguntas cerradas sobre la prescripción de antibióticos, a los cirujanos dentistas del distrito de Chiclayo, contándose con una muestra de 99 cirujanos dentistas. Los resultados se dividieron en tres niveles: malo, regular y bueno. Encontrándose los siguientes resultados: malo (20.2%), regular (75.8%) y bueno (4.0%).(Deysi Guisela, 2017)

Por lo que nos podemos plantear los cuestionamientos: ¿La tasa de aceptabilidad de algo tan indispensable como recetar un fármaco para tratar una infección debe estar en el margen “regular”, o la población medica debe prever las circunstancias y tomar medidas para que la tasa de aceptabilidad sea “buena”?

De la misma manera, se realizó un estudio en Montevideo, Uruguay (2014), en el cual tal como lo afirman Romero María Renée et al. La falta de soporte técnico y científico, no los hace del todo errados, pero supone que la práctica clínica realizada por el profesional no fue analizada de manera concreta y no prioriza el objetivo del tratamiento, pudiendo así perjudicar al paciente por la asimilación de un fármaco que no trate de manera puntual la infección.(Romero, 2014)

De esta manera, el centro de la situación es priorizar el tratamiento y observar el desarrollo conjunto del paciente, así como la influencia del mismo bajo el medicamento prescrito, siempre velando por una mejoría pronta y sin adversidades de manera paralelas al mismo. La evidencia sugiere que los antibióticos pueden no proporcionar una mejora sustancial y adicional en la intensidad y la experiencia del dolor y probablemente causen grandes daños o efectos no deseados (por ejemplo, eventos adversos graves, resistencia a los antibióticos.(Preciado Goldaracena, 2018)

Entonces, ¿si el paciente adquiere resistencia al medicamento, ¿qué hacer?, sabiendo que los antibióticos luchan contra las infecciones al matar a las bacterias o dificultar su desarrollo y reproducción. Si el paciente genera resistencia al medicamento, los antibióticos entonces no tienen ningún efecto contra las bacterias y al desarrollar resistencia significa que estas se modifican de una manera que reduce la eficacia de los medicamentos, por lo que es fundamental no equivocarse en las prescripciones, esto se podría acoplar y evitar si el profesional realiza: un diagnóstico acertado (sin arbitrariedad), receta medicamento únicamente si se tiene certeza de que pueden beneficiar al paciente y si receta el medicamento específico que luche contra las bacterias que pueden estar generando la infección en el paciente.(Preciado Goldaracena, 2018)

Así, transversalmente en Córdoba, Argentina (1990), se realizó una investigación ante 285 odontólogos sobre el nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los profesionales, en el cual se estableció que la mitad de los odontólogos encuestados (58,3%) recurre para la obtención de información farmacológica y terapéutica principalmente a fuentes vinculadas a las empresas farmacoquímicas (índices de especialidades medicinales 45,2%, literatura provista por los laboratorios 13,1%). (Cherry, Lee, Shugars, Raymond jr, & William jr, 2012)

Por lo que se entabla una preparación en prescripción farmacológica de los profesionales, con una tendencia segregada, decreciente y débil, ya que la información que tienen “fundamental” para recetar, viene de los mismos laboratorios farmacológicos, información presentada en extractos informativos sencillos y que no cuentan con bases estructuradas que permitan un mayor entendimiento y preparación para tal medicamento.(Cherry et al., 2012; Preciado Goldaracena, 2018)

Entonces, ¿qué hacer cuando se sabe que la preparación es ineficiente y requiere un cambio drástico de manera rápida?, pues el proyecto educativo trata de proponer un análisis académico basado en fomentar las consecuencias de una mala formulación y cómo prevenirla, para así llevar a cabalidad el tratamiento, sin contratiempos y sin adicionales. Por esto, el punto de partida es fomentar el análisis y la instrucción a los cuasi profesionales para que al culminar tengan una óptima capacidad de toma de decisiones frente a los diferentes tratamientos posibles para cada paciente.(Cherry et al., 2012; Preciado Goldaracena, 2018)

Esto generaría como primera consecuencia, mejoría en los pacientes paralelamente a un aumento de fiabilidad hacia los especialistas y sus tratamientos y de igual manera una mejor aceptación de los mismos por parte de la población, ya que reduciría los daños colaterales causados por la resistencia a la medicación. por otra parte, el panel de expertos de la ADA sugiere recetar antibióticos para pacientes adultos inmunocompetentes (pacientes con capacidad de responder a un desafío

bacteriano. Esta recomendación es específica para situaciones en las que el riesgo de experimentar un compromiso sistémico es alto y un paciente puede carecer de acceso inmediato a la atención.(Cherry et al., 2012)

4.1 CARACTERISTICAS DEL FOLLETO

El folleto es un documento simple que tiene la función comunicativa de informar, asesorar o instruir sobre hechos, procesos, recomendaciones, de forma resumida y de fácil comprensión para el público deseado. En cierto modo, tiene como objetivo poder influir de manera positiva en el receptor por medio del mensaje que se le envía.(Mayor Serrano, 2005)

La cantidad de la información y su nivel de especialización varían en mayor o menor medida de acuerdo al tipo de audiencia al que va dirigido.

Además de esto los folletos tienen una segunda intención y es de ser exhortativo o instructivo, porque el texto va unido a un propósito específico de poder ser capaz de convencer al público para que adquiera un determinado comportamiento y se centra en un proceso a seguir para cumplir con un objetivo determinado.(Alarcón, 2016)

A pesar de ser un elemento simple, requiere que cumpla una serie de requisitos básicos si se desea ser lo más efectivo posible.

- El texto debe ser simplificado, didáctico, por su espacio reducido se recomienda utilizar un lenguaje directo para la correcta comprensión del texto.
- Los títulos deben ser claros, se debe anexar material gráfico, es ideal para no saturar al lector.
- Su redacción debe ser de forma correcta, con letra legible sin faltas ortográficas, para no dispersar al lector.

- El diseño debe ser adaptado al tipo de persona que va dirigido, para que así se reciba de manera más efectiva.
- En los folletos pueden usarse tablas o gráficos para facilitar la comprensión del tema tratado. (Serrano, 2008).

SEGÚN EL TIPO DE INFORMACIÓN.

- Educativos.
- Escolares.
- Salud.
- Marketing

TIPOS DE FOLLETOS -SEGÚN EL NÚMERO DE PÁGINAS O CUERPOS.

- Flyer: Contiene una sola hoja, impresa por una sola cara o por las dos. Este es el tipo de folleto más básico y sencillo, normalmente se utiliza cuando se hacen campañas grandes.
- Dípticos: Este consta de 4 páginas, plegados en 2 partes.
- Tríptico: Compuesto de 6 páginas, plegados en 6 partes.
- Cuadrípticos: Contiene 8 páginas, plegado en 4 partes.
- Polípticos: Contiene más de 4 partes o cuerpos.(Lidioma Escobar & Jácome Zambrano, 2015)

4.2 VALIDACION DE CONTENIDO

La validación de contenido se entiende como un juicio evaluativo integral. En este juicio, la evidencia empírica y los supuestos teóricos respaldan la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones no solo de los ítems, sino también de la forma de responder de las personas, así como del contexto de la evaluación. “Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros

como expertos cualificados en este y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Se debe tener en cuenta que el estudio de la validez de contenido no se ajusta únicamente al análisis de las respuestas o puntuaciones dadas a los ítems, sino que como indican Abad et al. (2011), en la actualidad existen aspectos que se deben rescatar a la hora de analizar la validez de contenido ya que presenta un efecto directo en la misma como son la importancia a la hora de aplicar el instrumento y la corrección de la propia prueba. (Abad, 2011)

Se entiende pues que a la hora de evaluar adecuadamente la validez de contenido resulta indispensable la combinación de métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Así, una vez construidos los diferentes ítems en torno al constructo a evaluar, sería necesario contar con un grupo de expertos que presenten su valoración sobre los mismos. (Abad, 2011)

Pedroza, Suarez-Álvarez y García –Cueto (2013) detallaron algunos métodos para la evaluación de validez de contenido, a continuación, se resumen las características:

- Análisis factorial de Tucker, que tiene en cuenta las puntuaciones que los jueces establecen a la relevancia de los ítems.(Pedrosa, Suárez-Álvarez, & García-Cueto, 2013)
- Índice de validez de contenido de Lawshe, estimación individual de los ítems y a través de la razón de validez de contenido (RVC) se identifica si son apropiados, o no.(Pedrosa et al., 2013)
- El índice de congruencia de Hambleton que contrasta el valor en que un ítem evalúa el constructo esperado de acuerdo a los demás componentes del instrumento.(Pedrosa et al., 2013)
- La V de Aiken es parecido al método de Hambleton, evalúa la relevancia de cada ítem respecto a su constructo, teniendo en cuenta la cantidad de expertos que participaron.(Pedrosa et al., 2013)

- El método de capacidades mínimas de Levine, Maye, Ulm y Gordon, que se focaliza al nivel de capacidad o habilidad mínima requerida para obtener exitosamente algún criterio.(Pedrosa et al., 2013)
- El método de rango interpercentil ajustado a la simetría de Fitch, también (conocido como IPRAS en inglés); en él se utiliza una escala Likert de nueve puntos que evalúa la adecuación y relevancia.(Pedrosa et al., 2013)
- El coeficiente de validez de contenido de Hernández-Nieto, que valora el grado de acuerdo por ítem y en general al instrumento entre los jueces.(Pedrosa et al., 2013)
- El índice de validez factorial de Rubio, el cual combina tres índices y relaciona la validez de constructo con la de contenido para brindar una evidencia más exhaustiva. (Pedrosa et al., 2013)

La Validez de Constructo evalúa el grado en que el instrumento muestra la teoría del concepto que mide, garantizando que las medidas que arrojan las respuestas del cuestionario pueden ser calificadas y utilizadas como medición del fenómeno que se pretende evaluar y de esta manera poder ser medidas por diferentes metodologías, los más frecuentes son el análisis factorial y la matriz multirrasgo-multimétodo.(Tourón, 1989)

Las validaciones de constructos están totalmente relacionadas, como se entiende, hasta el punto que CronBach (1970) indica que el proceso de validación de un constructo requiere iniciar de una teoría, por medio de la cual se logren analizar y exponer los resultados de un determinado instrumento. (Tourón, 1989).

La validez es el proceso por el cual se analizan los ítems de un instrumento con el fin de que puedan ser medidas las dimensiones que fueron creadas, es necesario identificar el grado en que los ítems que constituye el instrumento puedan variar, por esto es necesario una profunda revisión bibliográfica, la consulta a los diferentes expertos, la evaluación de la validez y la confiabilidad que se realiza por medio del

análisis estadístico, como puede ser el Método de coeficiente de validez de contenido de Hernandez- Nieto.(Tourón, 1989)

Toda vez que se haya expresado y entendido la validez y la validación, es muy importante determinar la manera en la que se ejecutará el proceso de validación, que incluirá también la Confiabilidad. De acuerdo a esto entonces la validación de contenido se hace por medio de un grupo de expertos, la validez de constructo se obtiene por medio del método de validez de contenido(CVC), y la confiabilidad se conseguirá por medio del método Alpha de Cronbach y de esta manera se halla la seguridad de las puntuaciones obtenidas por los evaluadores.(Pedrosa et al., 2013)

El coeficiente de Validez de Contenido (Hernandez-Nieto, 2002) permite evaluar el nivel de acuerdo de los expertos, (en este caso el autor aconseja la intervención de entre tres y cinco expertos) con relación a cada uno de los diferentes ítems y al instrumento en general. Para esto, con la aplicación de una escala tipo Likert de cinco elecciones, se computa la media obtenida en cada uno de los ítems y, de acuerdo a esta, se calcula el CVC para cada elemento.(Pedrosa et al., 2013)

$$\mathbf{CVC}_1 = \mathbf{M}_x / \mathbf{V}_{\text{máx.}}$$

\mathbf{M}_x = Media del elemento en la puntuación dada por los expertos.

$\mathbf{V}_{\text{máx}}$ = Puntuación máxima que el ítem podría alcanzar.

También es necesario calcular el error asignado a cada ítem (\mathbf{Pe}_i), de esta manera disminuye el probable sesgo interpuesto por alguno de los jueces.

$$\mathbf{Pe}_i \left(\frac{1}{j} \right)^j$$

\mathbf{j} = Numero de expertos participantes.

Finalmente, el CVC se calcularía aplicando $\mathbf{CVC} = \mathbf{CVC}_i - \mathbf{Pe}_i$.

En cuanto a su interpretación Hernández-Nieto, aconseja dejar solamente aquellos ítems con un CVC superior a 0.80, sin embargo, algunos juicios menos estrictos instauran valores superiores a 0.70.(Pedrosa et al., 2013)

4.3 CONSIDERACIONES DE LOS ANTIBIÓTICOS.

- **Antibióticos.**

Son compuestos o sustancias químicas producidas por seres vivos (naturales) o modificados artificialmente a partir de ellas (semi sintéticos), que a pequeñas dosis tienen efectos antimicrobianos (bactericida o bacteriostáticos), mata o impide el crecimiento de las bacterias, que según la necesidad son administrados al organismo receptor. Los antibióticos no erradican totalmente el proceso infeccioso, pero producen un control de la infección hasta que los mecanismos de defensa del huésped consigan efectivamente controlar la situación y eliminar la infección.(Pieras López, 2019)

- **Efecto Bactericida.**

Un efecto bactericida es aquel que provoca la muerte a una bacteria, responsable de un proceso infeccioso, disminuyendo el número de bacterias a través de la lisis en el sitio de infección. En general los agentes que destruyen la pared o la membrana celular o que interfieren con las enzimas bacterianas esenciales son probablemente bactericidas. (Levison & Levison, 2009; Méndez, 2013)

- **Agente Bacteriostático.**

Los agentes bacteriostáticos inhiben el crecimiento de las bacterias, pero no las mata, y aunque no produce su muerte, impide su reproducción, esta envejece y muere sin dejar descendencia logrando así que el sistema inmunológico del paciente sea quien lo destruya. Este tipo de antibiótico no tiene la capacidad de

poder destruir definitivamente la bacteria, de forma que, cuando se suspende el tratamiento puede multiplicarse de nuevo. Generalmente aquellos fármacos que inhiben la función del ribosoma y la síntesis proteica tienden a ser bacteriostáticos.(Levison & Levison, 2009; Méndez, 2013)

- **Espectro de un Medicamento.**

La actividad de un agente anti infeccioso está definida por su espectro antibacteriano, es decir, el conjunto de microorganismos patógenos que se ven afectados por las concentraciones del antibiótico sin causarle toxicidad.

Amplio: Actuación de un medicamento sobre una amplia gama de bacterias Gramnegativas como Grampositivas, logrando cubrir los agentes patógenos más habituales

Reducido: Eficacia de un medicamento contra familias específicas de bacterias.(Chacon Hernandez, 2017)

- **Biodisponibilidad.**

La Biodisponibilidad es la relación de la concentración de fármaco que alcanza la circulación sistémica en un período determinado, logrando la acción del fármaco en el sitio requerido. Puede verse afectado por la calidad y tipo de medicamento, factores fisiológicos como: Edad, peso corporal, sexo, temperatura, hora de la administración, flujo sanguíneo etc y factores patológicos como: enfermedad cardiovascular, hepáticas, renales, pulmonares donde el paciente presenta una alteración de su sistema.(Parco Guaño, 2018)

- **Vida media.**

La vida Media es el tiempo para que la concentración máxima obtenida con la dosis administrada del fármaco se reduzca a la mitad. Este parámetro es muy útil para determinar los intervalos de dosificación de medicamentos, también permite predecir cuándo se elimina el fármaco del organismo después de un esquema de dosis múltiples.(Escobar, 2016)

- **Toxicidad.**

Ocurre cuando el medicamento se encuentra en cantidades superiores a las que el cuerpo puede manejar fisiológicamente, presentándose efectos nocivos o perjudiciales en el organismo, producidos por sobre medicación de un fármaco al metabolizarlo o eliminarlo.(Palavecino, 2014)

- **Falta de Efectividad.**

Incapacidad que tiene el medicamento para lograr el efecto deseado. Generalmente esto sucede por el uso excesivo o indebido cuando se toman antibióticos para tratar procesos vírales o micóticos donde estos no cumplen ninguna función. (Serra Valdés, 2017)

- **Interacciones con otros Medicamentos.**

Las interacciones farmacológicas están provocadas por modificaciones o alteraciones del efecto de un fármaco causadas por la administración simultánea o sucesiva de otro fármaco, pero también a través de plantas medicinales, alimentos, bebidas o contaminantes ambientales.(Gálvez, 2016)

- **Profilaxis Antibiótica.**

Es la administración preoperatoria de un antibiótico para la prevención de una complicación infecciosa local y/o sistémica y sus correspondientes consecuencias clínicas.

El fundamento científico de la profilaxis es eliminar o reducir la bacteriemia transitoria causada por procedimientos dentales.(Gutiérrez et al., 2006)

Pacientes de riesgo en los cuales se debe valorar la profilaxis antibiótica:

- Diabéticos mal controlados.
- Anemia falciforme.
- Pacientes trasplantado
- Pacientes con remplazos articulares y valvulares.
- Pacientes sometidos a quimioterapia/radioterapia
- Diálisis renal(Gutiérrez et al., 2006)

Contraindicada: Los procedimientos no invasivos, enfermedades virales y micóticas.

Pacientes con lesiones cardiacas que requiera profilaxis antibiótica.

- Malformaciones cardíacas congénitas.
- Valvulopatías reumática, adquirida o de otra etiología.
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
- Prolapso de válvula mitral con regurgitación valvular.
- Episodios previos de endocarditis bacteriana.(Gutiérrez et al., 2006)

Otros:

- Pacientes oncológicos.

- Pacientes con inmunodepresión (lupus eritematoso, quimioterapia, trasplantes, SIDA).
- Pacientes con insuficiencia renal o hepática.
- Pacientes con artropatías inflamatorias (artritis reumatoide)
- Pacientes con desnutrición.
- Pacientes con Hemofilia.(Gutiérrez et al., 2006)

ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.

➤ Pacientes No Alérgicos a las Penicilinas.

VIA ORAL:

Niños: Amoxicilina 50mg/kg Vía Oral 1 hora antes del procedimiento

Adultos: Amoxicilina 2gr Vía Oral 1 hora antes del procedimiento

VIA PARENTAL:

Niños: Ampicilina 50mg/kg Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento

Adultos: Ampicilina 2gr Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento.(Gutiérrez et al., 2006)

➤ Pacientes Alérgicos a las Penicilinas.

VIA ORAL:

Niños: Clindamicina 20mg/kg, Claritromicina o Azitromicina 15mg/kg Vía Oral 1 hora antes del procedimiento.

Adultos: Clindamicina 600mg, Claritromicina o Azitromicina 500mg Vía Oral 1 hora antes del procedimiento.

VIA PARENTAL:

Niños: Clindamicina 20mg/kg IM o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento

Adultos: Clindamicina 600mg Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento.(Gutiérrez et al., 2006)

Tabla 1. *Terapéutica Antimicrobiana.*

FÁRMACO	VÍA ORAL	DOSIS MÁXIMA DEL FÁRMACO POR DÍA	VÍA PARENTERAL	FRECUENCIA
Amoxicilina	500mg 1000mg	1500mg VO		8 horas 12horas
Amoxicilina + Acido Clavulánico	250 a 500mg	1500mg VO		8 horas
Ampicilina	250 a 500mg	2000mg VO 12gr I.M I.V	1 a 3 gr I.M I.V	6 horas
Ampicilina + Sulbactam		8 gr I.M I.V	1 a 2 gr I.M I.V	6 horas
Clindamicina	300mg 600mg		300gr 900gr	6 horas 8 horas
Ciprofloxacino	500mg			12 horas
Metronidazol	500mg			8horas
Tetraciclina	250mg 500mg		0,5-1gr	6horas 12 horas
Gentamicina			240mg I.M I.V	24horas

Nota: Recuperado de: Antibiotic use in dental practice Poveda R, R. (2007). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 12: E186-92.

- **Resistencia Bacteriana.**

Las bacterias han adoptado ciertos tipos de defensa o mecanismos de resistencia a nivel morfológico y funcional, modificando su pared celular, membrana e incluso presentando cambios intracelulares y genéticos que hacen que el fármaco pierda eficacia y evite que se pueda alcanzar una concentración suficiente en el sitio diana, reduciendo su acción a nivel citoplasmático o de la envoltura celular, esta última tiene la capacidad de transportar hacia el exterior una gran cantidad de sustancias, incluyendo antibióticos, lo que impide que estos puedan tener concentraciones ideales para su acción provocando una resistencia bacteriana. Por esto es necesario crear conciencia en el profesional de la salud para la prescripción científica justificada de antibióticos y así brindar a los pacientes un tratamiento óptimo.(Wright, 2005)

A nivel intracelular se han estudiado otras formas de resistencia que incluye una modificación en la composición química del antibiótico por medio de enzimas modificadoras que logran una capacidad de resistir ya que sustituyen una molécula resistente en la periferia de la molécula antibiótica, estas modificaciones o cambios disminuyen la capacidad de unión del fármaco al sitio deseado. (Troncoso, Pavez, Santos, Salazar, & Barrientos, 2017)

- **Célula Bacteriana.**

En las últimas décadas ha sido de gran importancia poder conocer la estructura y morfología de la célula bacteriana (procariontas) para entender como estas se relacionan con el hombre, ya sea que hagan parte de la flora normal o como agresoras, lo cual permite identificar y comprender como es el mecanismo de acción de los diferentes tipos de antibióticos que existen. (Pírez & Mota, 2008)

Tabla 2. Diferencia entre células Eucariotas y Procariotas.

PROCARIOTAS	EUCARIOTAS
Pared Celular con peptidoglucano	Pared celular sin Peptidoglucano
Membrana Plasmática: Doble capa fosfolipídica sin esteroides	Membrana Plasmática: Doble capa fosfolipídica con esteroides
Síntesis Ribosomas: 30s- 50s	Síntesis Ribosomas: 40s-60s
Material genético no está separado del citoplasma.	Material genético está organizado en cromosomas rodeados por una membrana que los separa del citoplasma.

Nota: Recuperado de "Dándole sentido a la célula". Agudelo, J. H. P. (2019). *Revista de educación y pensamiento*. (26), 87-104

Tabla 3. Clasificación de los Antibióticos según sitio de acción.

INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE LA PARED CELULAR	BETALACTÁMICOS. <ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA: Cristalina, Benzatínica, Amoxicilina. • CEFALOSPORINAS: Cefalexina, Cefalozina.
	GLUCOPÉPTIDOS. <ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina: Intrahospitalario • Teicoplanina.
	LIPOGLUCOPÉPTIDOS. <ul style="list-style-type: none"> • Dalbavancina. • Telavancina
ALTERAN LA ESTRUCTURA DE LA MEMBRANA CITOPLASMÁTICA	POLIMIXINA. <ul style="list-style-type: none"> • Colistina.
INHIBEN LA SÍNTESIS PROTÉICA.	IRREVERSIBLES. <ul style="list-style-type: none"> • AMINOGLUCÓSIDOS: Gentamicina, Neomicina.
	REVERSIBLE. <ul style="list-style-type: none"> • MACRÓLIDOS: Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina. • LINCOSAMIDAS: Clindamicina, lincomicina. • TETRACICLINAS: Doxiciclina, metaciclina
INHIBEN LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS NUCLÉICOS	<ul style="list-style-type: none"> • NITROIMIDAZOLES: Metronidazol, Tinidazol. • ANSAMICINAS: Rifamicina.

Nota: Recuperado de: Asociaciones antibióticas usos e indicaciones en odontología. Chacon Hernandez, E. (2017).

5.METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional- descriptivo de validación.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente estudio está constituida por 3 jueces.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS JURADOS

Odontólogos, con experiencia clínica, docentes, especialistas o expertos en el tema de prescripción de antibióticos.

5.4 VARIABLES.

Tabla 4. Operalización de Variables

VARIABLE	MEDICION	VALORES
Introducción	Cualitativa ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Terminología	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Profilaxis Antibiótica	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Esquema de Profilaxis Antibiótica	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Antibióticos usados	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Resistencia Bacteriana	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel
Pacientes de Riesgo	Cualitativa Ordinal	No cumple Bajo Nivel Moderado Alto Nivel

5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se buscó literatura en plataformas virtuales con palabras claves como (prescripción de antibióticos, uso de antibiótico en odontología, criterios de elección de antibióticos, profilaxis antibiótica, medicación en odontología, Pacientes de Riesgo) posterior a esto se hizo una selección de artículos encontrados, de manera que respondieran a los objetivos planteados inicialmente.

Se realizó la recolección de datos, por medio de la evidencia científica en artículos de diferentes plataformas virtuales, que estuvieran enfocados en la prescripción de antibióticos de uso odontológico.

En el proceso de obtención de aprobación se utilizó la técnica Delphi. Este es un método que se fundamenta en la técnica de recolección de información, establecida en la consulta a expertos de un área definida, con el fin de poder conseguir la opinión y la aprobación por medio de este consenso realizado. Estos especialistas son sometidos individualmente a través de la aplicación de una serie de cuestionarios que se intercalan con retroalimentación de los resultados y que, como punto de inicio de una investigación abierta, tras las devoluciones de estos se produce una opinión definitiva para el grupo. Esta es una estrategia flexible que permite actuar con autonomía y poder adaptar su dinámica a los objetivos de una investigación.(Álvarez & Torrado-Fonseca, 2016)

Este método representa una técnica muy variable, ya que utiliza información que procede tanto de la experiencia como de los conocimientos de los colaboradores de un grupo, que normalmente está compuesto por expertos. Uno de los usos principales es cuando se carece de información objetiva y es necesario utilizar el juicio de expertos para aumentar la fiabilidad, superar los sesgos y limitaciones de un solo individuo y con esto permitir un juicio intersubjetivo.(Álvarez & Torrado-Fonseca, 2016).

El folleto inicial contenía 7 dimensiones; 1. Introducción, que presentaba información de conocimiento sobre manejo de Antibióticos, concepto de antibiótico y duración del tratamiento, 2. Terminología general sobre antibióticos, 3. Concepto de Profilaxis antibiótica, 4. Esquema de Profilaxis Antibiótica, 5. Antibióticos usados, 6. Resistencia Bacteriana, 7. Pacientes de Riesgo o consideraciones sistémicas. Todas las dimensiones tenían un espacio para plasmar las observaciones que los expertos consideraran pertinentes.

El Análisis de los resultados se realizó por medio de uno de los métodos estadísticos pertinentes, en este caso el CVC (método de Coeficiente de validez de contenido de Hernandez- Nieto 2002). el cual recomienda la participación entre 3 y 5 jueces expertos, nos señala que es aconsejable dejar solamente las dimensiones que alcancen un valor mayor a 0.80, teniendo en cuenta el resultado de cada uno de las dimensiones y diseño del instrumento en general que tenía como característica evaluar suficiencia, claridad, coherencia y relevancia dando como puntuación del 1 al 4 de acuerdo con las características de desempeño (Tabla 2).

No se encuentra en la literatura un número definido de expertos, pero si aconsejan que sea un número tal que logre alcanzar una información, de modo que cada una de sus opiniones puedan ser apreciables. En este caso contamos con la ayuda de 3 expertos en el tema, profesionales en odontología, con especialización clínica como endodoncia, periodoncia y cirugía, docentes de pregrado y postgrado con experiencia en investigación.

Es importante resaltar, el acompañamiento de un publicista gráfico, el cual es indispensable para el uso correcto de colorimetría, letra, distribución de la información, imágenes y ambientación del mismo.

Tabla 5. Criterios de evaluación

Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observación	calificación	
<p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.</p> <p>Si basta para el tema y el objetivo que se pretende evaluar.</p>	<p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas.</p> <p>Si corresponde o No</p>	<p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p> <p>Si tiene conexión lógica con el tema y el objetivo</p>	<p>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.</p> <p>Si el ítem es importante y se debe tener en cuenta.</p>		1	2
					No cumple	bajo nivel
					3	4
					Moderado nivel	Alto nivel

Nota: Elaboración de autores.

5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el inicio de esta investigación se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica para el desarrollo del contenido del folleto y posteriormente la elaboración de cada una de las preguntas que se plantearon en la evaluación, permitiendo que fueran claras, cuantificables y con esto favorecer su análisis por parte de los evaluadores expertos. El instrumento de evaluación presentaba diferentes categorías que indicaban lo que cada uno de los expertos debía evaluar en las 4 cada dimensión, como Suficiencia, Claridad, Coherencia y Relevancia en las 7 dimensiones que busca informar sobre prescripción de antibióticos en odontología.

En la realización de la evaluación que se envió a los expertos se emplearon valores de escala nominales (tipo Likert) como: No cumple con el criterio, Bajo nivel, Moderado nivel, Alto nivel, que estaban agrupados de manera automática a indicadores ordinales (1,2,3 y 4 respectivamente). (Anexo A)

Tabla 6. Dimensiones para evaluar prescripción de Antibióticos.

Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Dimensión 6	Dimensión 7
Introducción	Terminología	Profilaxis Antibiótica	Esquema de profilaxis Antibiótica	Antibióticos usados	Resistencia Bacteriana	Pacientes de Riesgo

Nota: Elaboración de autores.

5.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Primera Fase: Los investigadores hicieron una búsqueda profunda de los artículos científicos sobre validación de folletos y prescripción de antibióticos en odontología.

Segunda Fase: Como estrategia, la información correcta de cada pregunta fue extraída en un documento, donde posterior a esto, se sintetizó lo más importante, para tener un documento legible, con una contextualización apropiada, facilitando la elaboración del folleto.

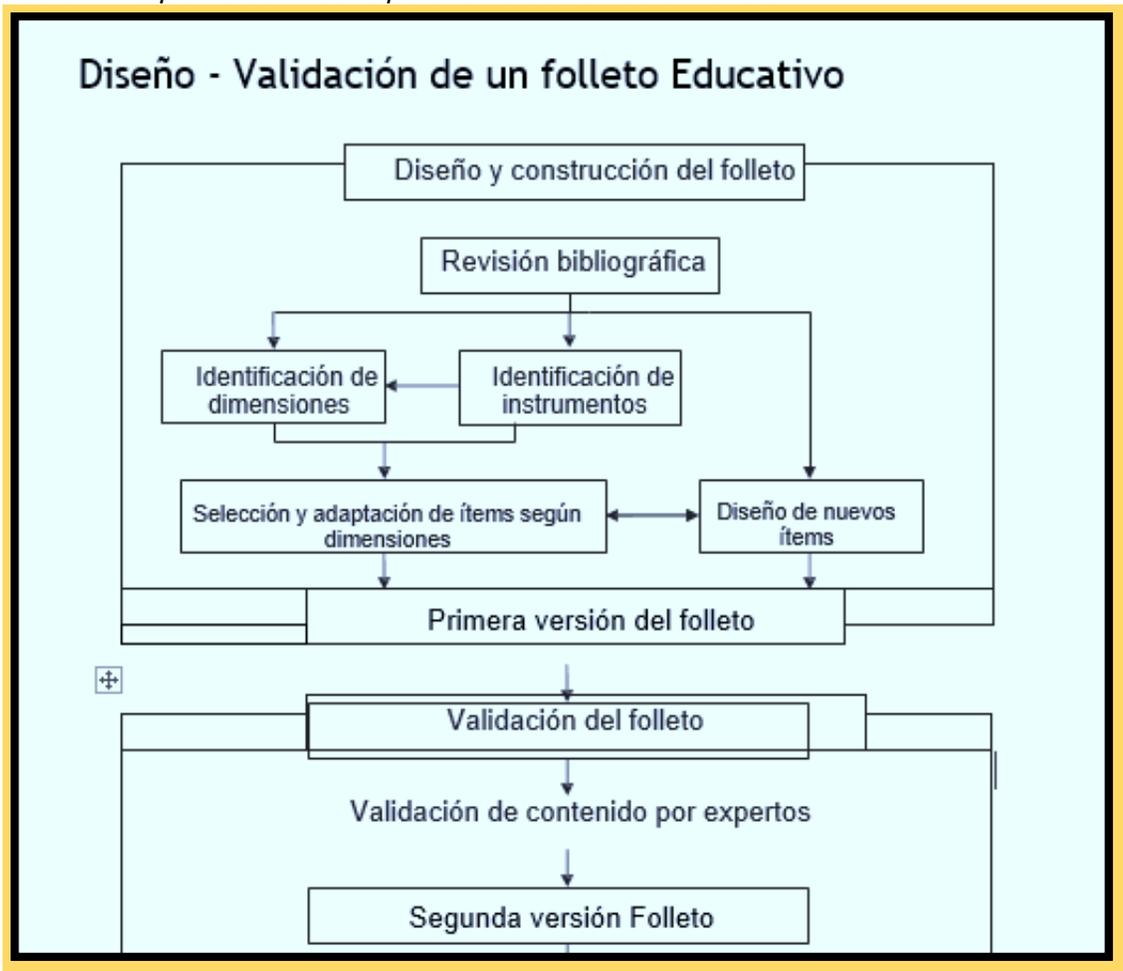
Tercera Fase: Elaboración de primer diseño del folleto que se analizaba desde 7 dimensiones, el cual fue evaluado por los asesores y aplicado como prueba piloto a 3 jueces que tenían la formación necesaria para responder al instrumento de evaluación. En la primera evaluación se hizo una revisión de la información determinada en el folleto, sobre conocimientos y conceptos básicos del manejo y uso de antibióticos. Esta herramienta fue enviada junto con el instrumento de validación, el cual califica si esta es apropiada y presenta la información correspondiente e indispensable al tema. Se entregó a cada uno de los jueces expertos de manera anónima para que los resultados de alguna manera no se vieran afectados, dándoles a conocer a cada uno los objetivos que pretendíamos alcanzar con dicho folleto.

Cuarta Fase: Después de que los expertos revisan el folleto realizan observaciones las cuales fueron discutidas con los asesores con el fin de proceder a realizar los cambios. Se envió nuevamente el instrumento para ser sometido a una segunda

evaluación. Se realizó el segundo análisis posterior a la entrega de los resultados de los jueces, teniendo en cuenta nuevamente el método de coeficiente de validez de contenido (CVC). De acuerdo a esto, podemos decir que todas las dimensiones en la evaluación final alcanzaron valores superiores a 0.85, quiere decir que todas estas son pertinentes para hacer parte del folleto diseñado.

A continuación, en la tabla 7 se encuentra un esquema con los pasos que se deben tener en cuenta para el diseño y validación de un folleto educativo.

Tabla 7. Esquema de Diseño para la validación de un folleto



Nota: Elaboración de autores.

DISEÑO FOLLETO INICIAL.



LOS ANTIBIÓTICOS

Son medicamentos para prevenir y tratar las infecciones bacterianas. Tienen efecto bactericida (provoca la muerte a una bacteria) y bacteriostático (impiden el crecimiento y reproducción de la bacteria).

Estos no erradicar totalmente el proceso infeccioso, sino el control de la infección hasta que los mecanismos de defensa del huésped logren efectivamente controlarla y eliminar la infección.

El tratamiento antibiótico se debe mantener al menos de 7 a 10 días, sin interrumpirse.

TERMINOLOGÍA

La actividad la determina el espectro:

Amplio espectro: Actúa sobre una amplia gama de bacterias gram - y gram +, cubriendo distintos agentes patógenos más habituales

Espectro Reducido: Es eficaz contra familias específicas de bacterias.

Biodisponibilidad: Medida de concentración del fármaco alcanzada y circulación sistémica en tiempo determinado, logrando la acción en el sitio de acción. (Puede ser afectado por: edad, peso, sexo, temperatura, hora de la administración, flujo sanguíneo, enfermedad cardiovascular, hepáticas, renales y pulmonares).

Vida media: Permite predecir cuándo se elimina el fármaco del organismo después de un esquema de dosis múltiples.

Es el tiempo para que la concentración máxima obtenida con la dosis administrada del fármaco, se reduzca la mitad.

ANTIBIÓTICOS USADOS.

FÁRMACO	VIA ORAL	Dosis Máxima del fármaco por día	VIA PARENTERAL	FRECUENCIA
Amoxicilina	500mg 1000mg	1000mg VO		8 horas 12 horas
Amoxicilina + Ácido Clavulánico	250 a 500mg	1000mg VO		8 horas
Ampicilina	250 a 500mg	2000mg VO 10g IM IV	1 a 3 gr IM IV	6 horas
Ampicilina + Sulbactam		4 gr VO IV	1 a 2 gr IM IV	6 horas
Cloxacilina	300mg 600mg	2400mg VO	300gr	6 horas 8 horas
Ciprofloxacilo	500mg	1000mg VO		12 horas
Mecloxicilina	500mg	1000mg VO		8 horas
Tetraciclina	250mg 500mg	2000mg VO 2gr VO	4.5-1gr	6 horas 12 horas
Gentamicina		240mg IM IV	240mg IM IV	24 horas

RESISTENCIA BACTERIANA

Las bacterias han adoptado ciertos tipos de defensa o mecanismos de resistencia a nivel morfológico y funcional modificando su pared celular, su membrana e incluso presentando cambios intracelulares y genéticos que hacen que el fármaco pierda eficacia y evite que pueda alcanzar una concentración suficiente en el sitio diana, reduciendo su acción a nivel citoplasmático o de la envoltura celular; esta última tiene la capacidad de transportar hacia el exterior una gran cantidad de sustancias, incluyendo antibióticos, lo que impide que estos puedan tener concentraciones ideales para su acción provocando una resistencia bacteriana. Por esto es necesario crear una conciencia en el profesional de la salud para una prescripción científica justificada de antibióticos y así brindar a los pacientes un tratamiento óptimo.

Toxicidad:

Cuando se medica en cantidades superiores y el organismo no puede manejar fisiológicamente o por el deterioro del metabolismo y eliminación del fármaco por insuficiencia hepática o renal.

Falta de efectividad:

Por el uso excesivo o indebido donde estos no cumplen ninguna función.

Interacciones con otros medicamentos:

Las interacciones farmacológicas están provocadas por modificaciones o alteraciones del efecto de un fármaco causadas por la administración simultánea o sucesiva de otro fármaco, pero también a través de plantas medicinales, alimentos, bebidas o contaminantes ambientales.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Es la administración preoperatoria de un antibiótico para la prevención de una complicación infecciosa local y/o sistémica y sus correspondientes consecuencias clínicas.

Su uso es para prevenir la posible aparición de infección a nivel de la herida quirúrgica, mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica.



Alexandra Rincón / Laura Camila García / Valentina Samiento

ESQUEMA + DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA



- Profilaxis Antibiótica No alérgica a penicilina

Niños: Amoxicilina 50mg/kg VO 1 hora antes del procedimiento
Adultos: Amoxicilina 2gr VO 1 hora antes del procedimiento

- Imposibilidad VO:

Niños: Ampicilina 50mg/kg IM o IV 30 minutos antes del procedimiento
Adultos: Ampicilina 2gr IM o IV 30 minutos antes del procedimiento

- Alérgicos a la penicilina:

Niños: Clindamicina 20mg/kg, Claritromicina ó Azitromicina 15mg/kg VO 1 hora antes del procedimiento.
Adultos: Clindamicina 600mg, Claritromicina ó Azitromicina 500mg VO 1 hora antes del procedimiento.

- Alérgicos a la penicilina e imposibilidad de tomar medicación oral:

Niños: Clindamicina 20mg/kg IM ó IV 30 minutos antes del procedimiento
Adultos: Clindamicina 600mg IM ó IV 30 minutos antes del procedimiento.



Otros pacientes de riesgo en los cuales se debe valorar la profilaxis antibiótica:

- Diabéticos mal controlados.
- Anemia falciforme.
- Pacientes trasplantado
- Pacientes trasplantados sometidos a terapia inmunosupresora
- Pacientes sometidos a quimioterapia/radioterapia
- Diálisis renal

CONTRAINDICADOS PARA: Procedimientos No invasivos, enfermedades virales y micóticas.

Pacientes con lesiones cardíacas que requieren profilaxis antibiótica:

Prótesis valvular cardíaca // Malformaciones cardíacas congénitas.
 // Valvulopatías reumáticas, adquirida o de otra etiología. // Miocardiopatía hipertrófica obstructiva. // Prolapso de válvula mitral con regurgitación valvular. // Episodios previos de endocarditis bacteriana.

Otros

- Pacientes oncológicos.
- Pacientes con inmunodepresión congénita o inmunológica (ej. lupus eritematoso)
- Pacientes con inmunodepresión medicamentosa (corticoterapia, quimioterapia) tras trasplante.
- Pacientes con inmunodepresión infecciosa(SIDA)
- Pacientes con trastornos metabólicos(Diabetes).
- Pacientes con insuficiencia renal o hepática.
- Pacientes con artropatías inflamatorias (artritis reumatoide)
- Pacientes con desnutrición.
- Pacientes con Hemofilia.

La siguiente tabla contiene algunas dimensiones o rubricas como ejemplo de lo que se debe envaluar a la hora de validar el contenido de un folleto con sus respectivos niveles que va de 1 hasta 4; siendo 1 la menor calificación que se puede obtener.

Tabla 8. Rubrica para la evaluacion de un folleto.

Rúbrica para evaluar el Folleto				
CATEGORIAS	4	3	2	1
Ortografía y Revisión	No quedan errores ortográficos después de que otra persona, además del macanógrafo, lee y corrige el folleto.	No queda más que 1 error ortográfico después de que otra persona, además del mecanógrafo, lee y corrige el folleto.	No quedan más que 3 errores ortográficos después de que otra persona, además del mecanógrafo, lee y corrige el folleto.	Quedan varios errores de ortografía en el folleto.
Escritura-Organización	Cada sección en el folleto tiene una introducción, un desarrollo y una conclusión clara.	Casi todas las secciones del folleto tienen una introducción, un desarrollo y una conclusión claras.	La mayor parte de las secciones en el folleto tienen una introducción, un desarrollo y una conclusión claras.	Menos de la mitad de las secciones del folleto tienen una introducción, un desarrollo y una conclusión claras.
Escritura-Gramática	No hay errores gramaticales en el folleto.	No hay errores gramaticales en el folleto después de la revisión por parte de un adulto.	Hay 1-2 errores gramaticales en el folleto aún después de la revisión por parte de un adulto.	Hay varios errores gramaticales en el folleto aún después de la revisión por parte de un adulto.
Escritura-Vocabulario	Los autores usan correctamente palabras nuevas y definen las palabras no familiares.	Los autores usan correctamente algunas palabras nuevas y definen las palabras no familiares.	Los autores tratan de usar vocabulario nuevo, pero usan 1-2 palabras incorrectamente.	Los autores no incorporan vocabulario nuevo.
Escritura-Puntuación	La puntuación es correcta en todas las partes del folleto.	La puntuación es correcta en todas las partes del folleto después de la revisión por parte de un adulto.	Hay 1-2 errores de puntuación en el folleto aún después de la revisión por parte de un adulto.	Hay varios errores de puntuación en el folleto aún después de la revisión por parte de un adulto.
Contenido-Precisión	Toda la información en el folleto es correcta.	99-90% de la información en el folleto es correcta.	89-80% de la información en el folleto es correcta.	Menos del 80% de la información en el folleto es correcta.
Fuentes	Registros cuidadosos y precisos son mantenidos para documentar el origen de 95-100% de la información y los gráficos en el folleto.	Registros cuidadosos y precisos son mantenidos para documentar el origen de 94-85% de la información y los gráficos en el folleto.	Registros cuidadosos y precisos son mantenidos para documentar el origen de 84-75% de la información y los gráficos en el folleto.	Las fuentes no son documentadas en forma precisa ni son registradas en mucha de la información o en los gráficos.
Gráficos	Los gráficos van bien con el texto y hay una buena combinación de texto y gráficos.	Los gráficos van bien con el texto, pero hay muchos que se desvían del mismo.	Los gráficos van bien con el título, pero hay muy pocos y el folleto parece tener un "texto pesado" para leer.	Los gráficos no van con el texto, pero aparentan haber sido escogidos sin ningún orden.

Nota: Recuperado <https://www.scribd.com/doc/89626108/Rubrica-Para-Evaluar-Trabajo-Escrito>

5.8 CONSIDERACIONES ETICAS.

El objetivo de este estudio es poder fortalecer las competencias en aquellos odontólogos que hagan uso del folleto educativo para una correcta prescripción de antibióticos a sus pacientes.

Según la resolución 8430 esta investigación es sin riesgo, ya que es un estudio donde se emplearán técnicas y métodos de investigación, documental retrospectivo, sin realizar ninguna intervención biológica o social a los individuos participantes en el estudio.

Los beneficios que este estudio nos brinda, es tener presentes los conceptos específicos e indispensables que se deben valorar o considerar para formular de manera correcta antibióticos, teniendo en cuenta situaciones como: la respuesta corporal que un sujeto pueda adquirir, el tipo de complicaciones, su especificación en uso, la resistencia antibiótica, etc. ya que su formulación e indicación es indispensables para su correcto manejo y por ende la prevención de complicaciones desde el momento de la atención.

Este documento cuenta con una evaluación para la validación de un instrumento que se entregará al juez participante, el cual no recibirá ningún tipo de contribución económica por participar y proporcionar su valiosa información de manera anónima.

5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó una base de datos en SPSS, con análisis descriptivos de cada una de las dimensiones evaluadas por los expertos. Se utilizó el coeficiente de validez de contenido CVC de Hernández- Nieto para evaluar el folleto educativo, y el Alpha de Cronbach para evaluar la fiabilidad del instrumento por parte de los expertos.

6.RESULTADOS.

En los resultados de la primera evaluación por jueces según el método de COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO o CVC, Se valoraron las dimensiones del contenido del folleto educativo para el manejo de antibióticos por los odontólogos.

La primera dimensión (Introducción), la segunda (Terminología), y la quinta (Antibióticos usados) arrojaron las misma sumatoria de puntaje con un valor de 61(72 máximo valor posible) con un CVC Inicial de 0,81. Los cambios solicitados por los jueces fueron, mejorar la redacción y acomodación del texto, adaptación de los colores y figuras que se utilizaron para el diseño del folleto acordes para la población a la que va dirigido.

La dimensión 3 (Profilaxis Antibiótica) arrojó una sumatoria de puntaje de 63 con un CVC Inicial de 0.84 al igual que la dimensión 4(Esquema de profilaxis Antibiótica) y la dimensión 7(Pacientes de Riesgo), teniendo estas dimensiones con mayor coeficiente de validez de contenido.

El puntaje más bajo correspondió a la dimensión 6 con una puntuación de 59 (72) y un CVC Inicial de 0.78.

Tabla 9 puntajes iniciales - validación por jueces CVC

Número de la pregunta	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Sxi - Sumatoria de los puntajes asignados por cada juez	Vmx - Valor Máximo de la escala	CVC (valor máximo de puntaje sobre número de Jueces)	Pei - Probabilidad del error por cada ítem	CVC Inicial	J - Numero de Jueces signados
Dimensión 1	21	23	17	61	2,54166667	0,847222222	0,04	0,81	3
Dimensión 2	21	24	16	61	2,54166667	0,847222222	0,04	0,81	3
Dimensión 3	22	23	18	63	2,625	0,875	0,04	0,84	3
Dimensión 4	20	23	20	63	2,625	0,875	0,04	0,84	3
Dimensión 5	24	23	14	61	2,54166667	0,847222222	0,04	0,81	3
Dimensión 6	20	23	16	59	2,458333333	0,819444444	0,04	0,78	3
Dimensión 7	22	24	17	63	2,625	0,875	0,04	0,84	3

Nota: Elaboración de autores.

Después de haber recibido las observaciones por parte de los expertos, se procedió a realizar las correcciones sugeridas y se envió el instrumento educativo para ser evaluado por segunda vez. Posterior a esto se aplicó nuevamente el método de COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO CVC, obteniendo los siguientes resultados:

La primera dimensión (introducción) y la segunda (terminología) arrojaron nuevamente la misma sumatoria de puntaje, en este caso con un valor de 68, con un CVC inicial de 0,91. Donde esta vez los cambios solicitados por los jueces disminuyen notablemente.

La dimensión cuatro (Profilaxis antibiótica) y la séptima (Pacientes de riesgo) arrojaron una sumatoria en el puntaje de 71 con un CVC inicial de 0,95; teniendo ambas dimensiones un mayor coeficiente de validez de contenido.

El puntaje más bajo en esta segunda evaluación fue la quinta dimensión (Antibióticos usados) recibiendo una puntuación de 64 (72) y un CVC inicial de 0,85.

De acuerdo con la interpretación que aconseja Hernandez- Nieto en el 2002, se deben dejar sólo aquellas dimensiones con un CVC superior a un valor de 0.80. Como se puede observar, todas las dimensiones mejoraron en su puntuación, ya que se hicieron todas las correcciones sugeridas anteriormente teniendo en cuenta las observaciones realizadas por los expertos, consiguiendo como resultado final que todas estas dimensiones estén por encima del valor recomendado. (Anexo B)

Tabla 10. puntajes iniciales - validación por jueces CVC

Número de la pregunta	Jue z 1	Jue z 2	Jue z 3	Sxi - Sumatoria de los puntajes asignados por cada juez	Vmx - Valor Máximo de la escala	CVC (valor máximo de puntaje sobre número de Jueces)	Pei - Probabilidad del error por cada ítem	CVC Final	J - Numero de Jueces signados
Dimensión 1	23	21	24	68	2,833333333	0,944444444	0,04	0,91	3
Dimensión 2	23	21	24	68	2,833333333	0,944444444	0,04	0,91	3
Dimensión 3	22	24	24	70	2,916666667	0,972222222	0,04	0,94	3
Dimensión 4	23	24	24	71	2,958333333	0,986111111	0,04	0,95	3
Dimensión 5	22	18	24	64	2,666666667	0,888888888	0,04	0,85	3
Dimensión 6	22	23	24	69	2,875	0,958333333	0,04	0,92	3
Dimensión 7	23	24	24	71	2,958333333	0,986111111	0,04	0,95	3

Nota: Elaboración de autores

En la tabla 11, se describen los resultados del Coeficiente de fiabilidad aplicando un Alfa de Cronbach, de la primera y segunda evaluación por los jueces para identificar la fiabilidad del instrumento enviado para la evaluación.

Tabla 11. Coeficiente de Validez de Contenido inicial y final

Ítems		CVC 1	CVC 2	Alfa de C
Dimensión 1	Introducción	0,81	0,91	0,88
Dimensión 2	Terminología	0,81	0,91	
Dimensión 3	Profilaxis Antibiótica	0,84	0,94	
Dimensión 4	Esquema Profilaxis Antibiótica.	0,84	0,95	
Dimensión 5	Antibióticos Usados	0,81	0,85	
Dimensión 6	Resistencia Bacteriana.	0,78	0,92	
Dimensión 7	Pacientes de Riesgo	0,84	0,95	

Nota: Elaboración de autores

7. DISCUSIÓN.

El significado de validez de contenido a lo largo del tiempo ha sido diferente y transformado, mostrando diversos enfoques, pero siempre teniendo en cuenta la importancia que esta requiere en el momento de diseñar y evaluar cualquier instrumento de medida.

En esta investigación al construir y diseñar un folleto educativo sobre prescripción y uso correcto de antibióticos, para posteriormente someterlo a un proceso de validación de contenido y de constructo por parte de jueces expertos en el tema, y analizar estos resultados de manera estadística, teniendo en cuenta la técnica utilizada CVC de Hernandez- Nieto (método de coeficiente de validez de contenido), se pudo encontrar que el CVC inicial analizó por medio de un porcentaje de error y una puntuación por dimensión la capacidad que tienen los expertos de estar de acuerdo con el contenido del folleto, estos resultados hallados nos dan a entender que existe una relación de concordancia con las variables expuestas y con los conocimientos necesarios que tienen los expertos evaluadores para la prescripción de antibióticos. Es importante mencionar que en la evaluación inicial se obtuvo un CVC de 0,78, en una de las dimensiones, siendo este el valor más bajo y que de acuerdo a lo recomendado por el autor del método de coeficiente de validez de contenido(Hernandez- Nieto), solo se deben tener en cuenta aquellas dimensiones que obtengan un valor superior a 0,80.(Pedrosa et al., 2013) Pero se decidió continuar con este ya que su valor no se encontraba muy lejano al valor aconsejado, segundo porque en general para la validación de este folleto se tomó como referencia un valor de 0,75 y como límite un valor de 0,85. Con esto podemos decir que los resultados obtenidos en el CVC Final de todas las dimensiones aumentó porcentualmente de manera significativa, superando en la mayoría de las dimensiones el valor límite. El análisis anterior generó una afinidad en las respuestas de los expertos, si bien es cierto las respuestas fueron muy variables entre sí y aunque el folleto tiene limitaciones, contiene un análisis importante de los

conceptos necesarios para una correcta prescripción de antibióticos como: Esquema de profilaxis antibiótica, Consideraciones sistémicas en pacientes de riesgo, Resistencia Bacteriana etc.

Los cambios solicitados por los jueces fueron los siguientes: enfocar bien el contenido al público deseado, mejorar la redacción y acomodación del texto, cambiar el color ya que si es un folleto de salud debe tener colores acordes al tema, en este caso los colores son muy fuertes y no son pertinentes, tratar de resumir un poco la información para que sea más concreta, organizar la estructura del folleto para que se pueda observar más ordenada la presentación.

Estos resultados son comparados con los de Cristini-Torres, A Priscila-Santos (2020) quienes en su investigación llegan a concluir que la experiencia de personas especializadas en el contenido de las diferentes áreas consintió la validación del folleto, ya que era sencillo, llamativo y confiable.(Cristini-Torres et al., 2020)

Cuando se genera un instrumento, sus creadores deben incluir un conjunto de ítems (dimensiones) que constituyan una muestra representativa del total de ítems que podrían definir el constructo. En este caso, la muestra de ítems que representa al constructo medicación de antibióticos viene operacionalizada según las recomendaciones de la ADA. Por tanto, no se profundizó en el significado de los ítems, ya que no se perseguía modificarlos sino, aplicarlas en una herramienta educativa.

Es importantes en todo proceso de validación de contenido, abarcar otras metodologías y evaluadores como una forma más exacta de consenso de expertos, teniendo presente que se deben ajustar ese método a las distintas formas de instrumentos, en este caso fue un folleto educativo, lo cual puede generar dificultad en cuanto a la evaluación, al no evaluar ítems o preguntas como tal, se realiza solo en fama de dimensiones o dominios temáticos, lo que hace necesario continuar con

la validez de la herramienta educativa, evaluar fiabilidad, validez de constructo y finalmente efectividad del folleto mediante un estudio experimental y análisis con enfoques cuantitativos y cualitativos.

El proceso de validación del folleto por parte de expertos fue uno de los objetivos de este estudio y las dimensiones presentadas en el instrumento con las correcciones solicitadas fueron aprobadas por los 3 jueces de diferentes especialidades odontológicas y que por su experiencia son expertos en el tema, logrando que este folleto pueda ser ampliamente utilizado por profesionales de la salud.

8. CONCLUSIONES.

- El folleto educativo de medicación de antibióticos en la práctica odontológica. tiene una validez de contenido (CVC) alta 0.85.
- El contenido de esta nueva propuesta de folleto educativo es satisfactorio respecto a la suficiencia, claridad, coherencia, relevancia y diseño.
- El folleto de medicación de antibióticos en la práctica odontológica que, a juicio de los expertos, cumple con fiabilidad en calidad de información y puede ser utilizado en la medida del criterio considerado por las personas como una herramienta de apoyo educativa.
- Se logró determinar el coeficiente de validez de contenido (CVC) al final de la investigación, con base a evidencia científica y recomendaciones de la literatura.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Universidad Antonio Nariño utilizar el folleto validado sobre Prescripción de Antibióticos en odontología.

Igualmente se invita a futuros investigadores a hacer parte de este estudio a un número mayor de expertos o jueces, para que se pueda manejar un análisis de fiabilidad y validez que utilice otro método de evaluación de contenido como el análisis factorial, Índice de Validez de Contenido, entre otros, para corroborar y fortalecer la validez del Folleto sobre prescripción correcta de antibióticos en odontología.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abad, F. J. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud: Síntesis*.
- Alarcón, S. D. (2016). Introducción a la traducción médica francés-español: los folletos de salud. *Panace*, 17(43), 4-15.
- Álvarez, M. R., & Torrado-Fonseca, M. (2016). El mètode Delphi. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102.
- Battellino, L. J., & Bennun, F. R. (1993). Nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos, 1990. *Revista de saúde pública*, 27, 291-299.
- Cristini-Torres, R., Priscila-Santos, A., Gama-Oliveira, V. P., Almeida-Santos, M. A., da Cunha-Oliveira, C. C., & de Melo, C. M. (2020). Validación de instrumento educativo para la promoción de la salud de las Quilombolas brasileñas de 2016 al 2018. *Población y Salud en Mesoamérica*.
- Chacon Hernandez, E. (2017). Asociaciones antibióticas usos e indicaciones en odontología.
- Cherry, W. R., Lee, J. Y., Shugars, D. A., Raymond jr, P., & William jr, F. (2012). Uso de antibióticos en el tratamiento de las infecciones dentales del paciente pediátrico: Una encuesta sobre las prácticas de prescripción de los dentistas. *The Journal of the American Dental Association*, 7(2), 78-86.
- Deysi Guisela, P. R. (2017). Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en odontología del distrito de Chiclayo, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, Perú, 2017.
- Durkin, M. J., Hsueh, K., Sallah, Y. H., Feng, Q., Jafarzadeh, S. R., Munshi, K. D., . . . Fraser, V. J. (2017). An evaluation of dental antibiotic prescribing practices in the United States. *The Journal of the American Dental Association*, 148(12), 878-886. e871.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Escobar, Q. L. (2016). Monitorización terapéutica de fármacos y aspectos prácticos de farmacocinética. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(5), 605-614.
- Gálvez, C. (2016). Descubrimiento de interacciones farmacológicas en MEDLINE con el uso de medidas de centralidad. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 27(2), 154-167.
- Gutiérrez, J. L., Vicente Bagán, J., Bascones, A., Llamas, R., Llena, J., Morales, A., . . . Salmerón, J. I. (2006). Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 28(3), 151-181.
- Hernández, E. H., González, G. P. B., & Pinilla, Á. S. S. (2013). Pertinencia de la prescripción de antibióticos en la prevención de la infección del sitio operatorio en cirugía oral. *Universitas Odontológica*, 32(69), 169-178.
- Levison, M. E., & Levison, J. H. (2009). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of antibacterial agents. *Infectious Disease Clinics*, 23(4), 791-815.
- Lidioma Escobar, M. E., & Jácome Zambrano, M. E. (2015). *Elaboración de un folleto infográfico que involucre el estudio semiótico del danzante de Pujilí para utilidad del GAD municipal en el período 2013*. LATACUNGA/UTC/2015.
- Mayor Serrano, M. B. (2005). Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto «folleto de salud» e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos.

- Méndez, E. d. I. Á. (2013). *Actividad bacteriostática y bactericida de antibióticos betalactámicos y gluco péptidos frente a cepas de Staphylococcus aureus de importancia clínica. Caracterización genotípica de aislamientos tolerante.*
- Palavecino, C. M. (2014). Toxicidad antibacterianos: farmacocinética-farmacodinamia: prevención y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 445-456.
- Parco Guaño, M. A. (2018). *Determinación de la biodisponibilidad relativa de una formulación de administración intramuscular de ETORICOXIB de GINSBERG Ecuador SA.* Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicológica*, 10(2), 3-18.
- Pieras López, M. (2019). Mecanismos moleculares en el desarrollo de resistencia a antimicrobianos: alternativas al uso de antibióticos.
- Pírez, M., & Mota, M. (2008). Morfología y estructura bacteriana. *Temas de bacteriología y virología médica*, 2, 23-42.
- Poveda Ayón, J. D. (2011). Higiene Oral y Problemas Bucodentales de los niños de la Escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa.
- Preciado Goldaracena, J. (2018). Programa de prevención de resistencias bacterianas a antibióticos en el ámbito hospitalario desde el Servicio de Farmacia.
- Ramírez Ramírez, M. O. (2006). La Prescripción de medicamentos y su repercusión social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 0-0.
- Romero, R. (2014). Buenas Prácticas de prescripción en Odontología. *Tendencias en Medicina*, v. 22, n. 44, pp. 127-130.
- Serra Valdés, M. Á. (2017). La resistencia microbiana en el contexto actual y la importancia del conocimiento y aplicación en la política antimicrobiana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(3), 402-419.
- Serrano, M. B. M. (2008). 2. Cómo elaborar un folleto de salud: Recomendaciones. *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve*, 11-26.
- Torres Domínguez, A. (2005). Errores en la medicación: función del farmacéutico. *Revista Cubana de Farmacia*, 39(2), 1-1.
- Tourón, J. (1989). La validación de constructo: su aplicación al ceed (Cuestionario para la evaluación de la eficacia docente).
- Troncoso, C., Pavez, M., Santos, A., Salazar, R., & Barrientos, L. (2017). Implicancias estructurales y fisiológicas de la célula bacteriana en los mecanismos de resistencia antibiótica. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1214-1223.
- Wright, G. D. (2005). Bacterial resistance to antibiotics: enzymatic degradation and modification. *Advanced drug delivery reviews*, 57(10), 1451-1470.

ANEXOS

Anexo A. Diseño- Validación de Folleto Educativo.

DISEÑO - VALIDACIÓN DE UN FOLLETO EDUCATIVO VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS (Primera evaluación)

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento:
VALIDACIÓN DEL Folleto educativo sobre prescripción y uso de antibióticos en odontología.

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p>SUFICIENCIA</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.</p> <p>Si basta para el tema y el objetivo que se pretende evaluar.</p>	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden a la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<p>CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas.</p> <p>Si corresponde o no al tema y el objetivo.</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones, o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo

<p>indicador que está midiendo.</p> <p>Si tiene conexión lógica con el tema y el objetivo.</p>	4. Alto nivel	El ítem tiene una relación lógica con la dimensión
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.</p> <p>Si el ítem es importante y se debe tener presente</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que este mide
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos (Folleto) es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Áreas de experiencia profesional: _____

Experiencia de validación de contenido: sí _____ No _____

Institución: _____

A continuación, encontrara la forma de hacerlo.

Anexo 1 Se describe cada variable de evaluación, indicando la categoría, calificación y el indicador. Las categorías que se tienen en cuenta son: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada una de las dimensiones. Por cada parámetro de la dimensión, el evaluador otorgará un puntaje de 1 a 4 puntos; siendo 1 cuando no cumple con el criterio, 2 bajo nivel, 3 moderado nivel y 4 alto nivel. De igual forma, puede indicar si considera que son o no suficientes las opciones de respuesta.

Agradecemos su colaboración, ya que sus aportes nos servirán como progreso de nuestra investigación, a continuación, encontrarán la escala de evaluación y contenido que utilizara

Anexo 1. Parámetros de evaluación

Anexo 2. Formato de evaluación de contenido por parte de jueces expertos.

Anexo B. Diseño Folleto Final.

TERMINOLOGÍA

- **Amplio espectro:** Actuación de un medicamento sobre una amplia gama de bacterias Gramnegativas y Grampositivas, cubriendo los agentes patógenos más habituales.
- **Espectro Reducido:** Eficacia de un medicamento contra familias específicas de bacterias.
- **Biodisponibilidad:** Relación de la concentración de fármaco que alcanza la circulación sistémica en un periodo determinado, logrando la acción del fármaco en el sitio requerido. Puede verse afectado por la calidad y tipo de medicamento, factores fisiológicos como: Edad, peso corporal, sexo, temperatura, hora de la administración, flujo sanguíneo etc. y factores patológicos como: enfermedad cardiovascular, hepáticas, renales, pulmonares donde el paciente presenta una alteración de su sistema.
- **Vida media:** Es el tiempo que tarda el cuerpo en eliminar la mitad del medicamento suministrado, permite predecir cuándo se elimina el fármaco del organismo después de un esquema de dosis múltiple.

PACIENTES DE RIESGO EN LOS CUALES SE DEBE VALORAR LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:

- Diabéticos mal controlados.
- Anemia ferropénica.
- Pacientes con reemplazos articulares y valvulares.
- Pacientes sometidos a quimioterapia/radioterapia.
- Diálisis renal.

CONTRINDICADA: Procedimientos No Invasivos, enfermedades víricas y micóticas.



LOS ANTIBIÓTICOS

Los antibióticos son medicamentos utilizados para prevenir y tratar las infecciones bacterianas. Tienen efecto bactericida (provocan la muerte a las bacterias) y bacteriostático (impiden el crecimiento y reproducción de las bacterias). Estos no erradican totalmente el proceso infeccioso, solo lo controlan hasta que los mecanismos de defensa del huésped la puedan resolver de manera efectiva. El tratamiento antibiótico se debe mantener al menos de 7 a 10 días, sin interrumpirse, aunque hayan desaparecido los síntomas.

PACIENTES CON LESIONES CARDÍACAS QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:

- Malformaciones cardíacas congénitas.
- Valvulopatías reumáticas, adquiridas o de otra etiología.
- Miocardiopatía hipertrofica obstructiva.
- Prolapso de válvula mitral con regurgitación valvular.
- Episodios previos de endocarditis bacteriana.

OTROS:

Pacientes Oncológicos	Pacientes con inmunosupresión (transplantados, fármacos inmunosupresores, SIDA)	Pacientes con insuficiencia renal o hepática.
Pacientes con artropatías inflamatorias (artritis reumatoide)	Pacientes con desnutrición	Pacientes con hemofilia.

- **Toxicidad:** Efectos nocivos o perjudiciales en el organismo, producidos por sobre medicación de un fármaco al metabolizarse o eliminarse.
- **Falta de efectividad:** Incapacidad que tiene el medicamento para lograr el efecto deseado. Generalmente esto sucede por el uso excesivo o indebido de antibióticos en procesos que no están indicados (víricas, micóticas, pulpitis, periodontitis crónicas, alveolito seco).
- **Interacciones con otros medicamentos:** Alteraciones del efecto de un fármaco causadas por la administración simultánea o sucesiva de otro fármaco, planta medicinal, bebidas o contaminantes ambientales.

Profilaxis Antibiótica

Es la administración preoperatoria de un antibiótico para la prevención de una complicación infecciosa local y/o sistémica y sus correspondientes consecuencias clínicas.

El fundamento científico de la profilaxis es eliminar o reducir la bacteriemia transitoria causada por procedimientos dentales.

UAN
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
ANTONIO NARIÑO

Alexandra Rincón / Laura Camila García / Valentina Sarmiento

Esquema ++ De Profilaxis antibiótica

***PACIENTES NO ALÉRGICOS A PENICILINAS:**

VIA ORAL:
Niños: Amoxicilina 50mg/kg Via Oral 1 hora antes del procedimiento
Adultos: Amoxicilina 2gr Via Oral 1 hora antes del procedimiento

VIA PARENTAL:
Niños: Ampicilina 50mg/kg Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento
Adultos: Ampicilina 2gr Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento

***PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINAS:**

VIA ORAL:
Niños: Clindamicina 20mg/kg, Claritromicina o Azitromicina 15mg/kg Via Oral 1 hora antes del procedimiento.
Adultos: Clindamicina 600mg, Claritromicina o Azitromicina 500mg Via Oral 1 hora antes del procedimiento.

VIA PARENTAL:
Niños: Clindamicina 20mg/kg Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento
Adultos: Clindamicina 600mg Intramuscular o Intravenosa 30 minutos antes del procedimiento

Antibióticos USADOS.

FÁRMACO	VIA ORAL	Dosis máxima del medicamento	VIA PARENTAL	FRECUENCIA
Ampicilina	500mg 1000mg	500mg V/O		8 horas 12 horas
Ampicilina + Ácido Clavulánico	250mg + 500mg	500mg V/O		8 horas
Ampicilina	250mg + 500mg	500mg V/O 1gr V/O V/V	1.5 gr (M) V	8 horas
Ampicilina + Sulbactam	500mg	500mg V/O	1.5 gr (M) V	8 horas
Clindamicina	300mg 600mg	300mg V/O	600mg	8 horas
Clonoxolona	500mg	1000mg V/O		12 horas
Metrizidazol	500mg	1000mg V/O		8 horas
Vancomicina	500mg	500mg V/O	0.5 gr	12 horas
Gentamicina	240mg (120mg x 2)	240mg M V/V		24 horas

RESISTENCIA BACTERIANA

Las bacterias han adoptado ciertos tipos de defensa o mecanismos de resistencia a nivel morfológico y funcional, modificando su pared celular, su membrana e incluso presentando cambios intracelulares y genéticos que hacen que el fármaco pierda eficacia y evita que se pueda alcanzar una concentración suficiente en el sitio diana, lo que impide que estos puedan tener concentraciones ideales para su acción provocando una resistencia bacteriana.

POR ESTO ES NECESARIO CREAR CONCIENCIA EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD PARA REALIZAR UNA PRESCRIPCIÓN RACIONAL CIENTÍFICAMENTE JUSTIFICADA CON EL FIN DE DISMINUIR LA RESISTENCIA BACTERIANA.

Anexo C. Cronograma y Presupuesto

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO:

Actividad	Meses de Ejecución																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Escritura de la propuesta de investigación	█	█	█	█																				
Evaluación comités de ética					█																			
Capacitación, Estandarización de los evaluadores.					█	█																		
Recolección de la información							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
Tabulación de la información												█	█	█	█	█	█							
Análisis estadístico																		█						
Escritura de los resultados																			█	█	█			
Escritura de la discusión y conclusiones																						█	█	

