



# **SALUD Y BIENESTAR**

## **POR CICLOS DE VIDA**

Rosa María Zambrano Garcés  
Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña  
Andrea Alexandra Vicuña Palacios



# **SALUD Y BIENESTAR POR CICLOS DE VIDA**

Rosa María Zambrano Garcés  
Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña  
Andrea Alexandra Vicuña Palacios



**Editorial**  
Universitaria Católica



## Salud y bienestar por ciclos de vida

### © Autoras:

Rosa María Zambrano Garcés  
Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña  
Andrea Alexandra Vicuña Palacios  
Docentes de la Universidad Católica de Cuenca

© Universidad Católica de Cuenca

© Editorial Universitaria Católica de Cuenca

**Primera edición:** 17 de enero del 2024

**ISBN:** 978-9942-27-242-3

**e-ISBN:** 978-9942-27-243-0

**Editor:** Dra. Nube Rodas Ochoa

**Edición y corrección:** PhD (c) Paul Miño Armijos

**Diseño y maquetación:** Dis. David Urgilés Morocho

**Diseño de portada:** Dis. David Urgilés Morocho

Impreso por Editorial Universitaria Católica (EDUNICA)

**Dirección:** Tomás Ordóñez 6-41 y Presidente Córdova

**Teléfono:** 2830135

**E-mail:** edunica@ucacue.edu.ec



Esta obra cumplió con el proceso de revisión por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin permiso por escrito de la Universidad Católica de Cuenca, quien se reserva los derechos para la primera edición.

# Índice

- 5** **Introducción**
- 8** **Capítulo I**  
Complicaciones del parto en adolescentes
- 28** **Capítulo II**  
Factores de riesgo en la preeclampsia en la gestante de mediana edad
- 44** **Capítulo III**  
Incidencia de la muerte materna en Ecuador en el período 2017-2019
- 54** **Capítulo IV**  
Normas de bioseguridad en embarazadas COVID-19
- 68** **Capítulo V**  
Protocolo de bioseguridad para consultorios odontológicos en pandemia COVID-19
- 86** **Capítulo VI**  
Accidentes y sus consecuencias en los adultos mayores en Ecuador
- 98** **Capítulo VII**  
Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia intrafamiliar en adultos mayores
- 116** **Capítulo VIII**  
Factores asociados al ciclo de violencia en adultos
- 134** **Capítulo IX**  
Prevalencia de accidentes de tránsito influenciada por el alcohol en Ecuador



# *Introducción*

Esta obra pretende dar visibilidad a las revisiones bibliográficas que las docentes y los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca extensión San Pablo de La Troncal hemos desarrollado a través de la investigación formativa, promoviendo una cultura de desarrollo de conocimientos y destrezas investigativas, orientadas a la innovación científica, social y humanística.

Mediante nueve capítulos hemos estructurado los diversos contenidos formativos investigados durante los ciclos académicos: octubre 2020-marzo 2021, octubre 2021-marzo 2022, abril-septiembre 2022, considerando la línea de investigación: “Salud y bienestar por ciclos de vida” y las sublíneas de investigación: “Vigilancia, epidemiología y control de enfermedades transmisibles o no transmisibles” (capítulos uno, dos y tres), “Bioseguridad y calidad en los servicios de salud” (capítulos cuatro y cinco) y “Violencia, accidentes y traumas” (capítulos seis, siete, ocho y nueve).

El primer capítulo sitúa al embarazo adolescente como una de las problemáticas de la sociedad moderna más preocupantes, destacando los factores de riesgo, complicaciones y prevención en los embarazos de las menores de edad.

El capítulo dos se refiere a la preeclampsia como una complicación que puede ocasionar la muerte de la madre o el niño, concluyendo que la obesidad es el factor de riesgo más prevalente en la aparición de la misma, por lo que es importante realizar los controles prenatales, la orientación y educación a la gestante.

El capítulo tres presenta un análisis de los factores que incidieron en la mortalidad materna en Ecuador entre 2017 y 2019, destacando los factores endógenos, incluyendo los sociales, económicos y psicológicos.

El capítulo cuatro centra su atención en los aspectos más relevantes relacionados a la prevención y normas de bioseguridad del COVID-19 en mujeres embarazadas, recalcando que el embarazo es un estado en donde la madre y el feto son vulnerables a contraer alguna infección; por tanto, este grupo poblacional requiere una atención especial con respecto al cuidado, prevención y demás atenciones prioritarias frente al COVID-19.

En el capítulo cinco se describen los protocolos de bioseguridad para la atención odontológica aplicados durante la pandemia y se establece que los odontólogos están entre los profesionales que más cercanía física exigen con sus pacientes, por lo que deben estar adecuadamente informados de las normas a considerar para el desarrollo de los diferentes procesos que demanda su profesión frente al COVID-19.

En el capítulo seis se exponen los principales accidentes sufridos por adultos mayores en Ecuador, estableciendo las causas de las caídas de los ancianos,



que producen graves consecuencias para la salud y que, en muchos de los casos, llegan a ser mortales.

El capítulo siete detalla las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia intrafamiliar en adultos mayores. Se menciona que el principal factor de riesgo es la dependencia relacional que tienen los adultos mayores hacia uno o varios miembros de su núcleo familiar y el tipo de maltrato más frecuente recae en la negligencia, el abandono y la violencia psicológica.

En el capítulo ocho se analizan los factores asociados al ciclo de violencia en adultos. En muchas ocasiones la víctima no es consciente de la gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia sufrida a diario, al soportar actitudes y actos violentos y agresivos.

Cerramos con el capítulo nueve, dedicado al estudio de la prevalencia de accidentes de tránsito influenciada por el alcohol. Aquí se concluye que en Ecuador existe un alto índice de tasas de muertes ocasionadas por el alcohol. Las condiciones físicas y las reacciones incrementan, potencializándose las conductas violentas bajo el consumo de alcohol, violentando reglamentos, leyes y acabando así con la vida de muchas personas, ya sea intencional o accidentalmente. Es el género masculino el que tiene mayor prevalencia con la ingesta de alcohol.

Todos los capítulos incluyen una bibliografía especializada en cada tema, que esperamos resulte de utilidad para nuestros lectores.

# Capítulo I

*Complicaciones del parto en adolescentes*

***Jennifer Andrea Lara Gallegos***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Génesis Mishel Sacta Saraguro***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Paola Viviana Tarira Chica***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Andrea Alexandra Vicuña Palacios***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

Hoy en día las adolescentes atraviesan una serie de problemas que están impactando sus vidas, la de sus familias y de la sociedad en general en todos los ámbitos, el común denominar son los problemas relacionados con la sexualidad sea esta consensuada o producto de violencia; en la que muchas veces termina en embarazos precoces y no deseados, convirtiéndose en el problema más frecuente entre los jóvenes, se sabe que las consecuencias en este tipo de embarazos son variadas; pero además sufren un alto riesgo de presentar complicaciones en el parto, lo que genera gran preocupación en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es por ello, que el embarazo en menores es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, debido a una serie de complicaciones y riesgos que surgen para la madre y su hijo, pero también hay que extrapolar el problema dentro del ámbito social, las cifras muestran que más del 80 % son embarazos no deseados o no planificados, producto de la práctica sexual carente de métodos anticonceptivos, o de la relación afectiva con parejas inmaduras, en muchos casos fortuita y ocasional, cuyos padres jóvenes o adultos no tienen la intención de asumir ninguna responsabilidad, lo señala García (1). Asimismo, Velasteguí (2) expresa que existen evidencias en Estados Unidos, que informan que anualmente, existen un millón de embarazos corresponden a madres menores de edad, con una tasa de 12,8 % del total de jóvenes embarazadas.

Se ha tomado también como referencia los aportes de Vascones (3), cuyo estudio de los factores de riesgo demuestra cómo afectan a este grupo etario los factores psicosociales y biológicos en mujeres embarazadas antes de cumplir la mayoría de edad, sus estudios muestran como resultado que las edades con mayor riesgo o en estado de vulnerabilidad son entre los 15 y los 19 años. Tomando en cuenta la perspectiva sociocultural, las jóvenes madres truncan varios proyectos o disminuyen sus oportunidades de continuar con sus estudios dándose la deserción escolar, limitando sus posibilidades de poder tener un trabajo digno que le brinde una oportunidad de poder sol-

ventar los gastos referentes a sus necesidades prioritarias, como lo explican Venegas y Valles (4).

Según el Consejo Nacional de Población de México (5), se estima que la tasa esperada de fecundidad en ese país de las adolescentes que oscilan entre 15 y 19 años tendrá una significativa disminución de 69,2 partos por cada mil jóvenes en 2010 a 65,4 en 2020 y a 63,5 bebés nacidos en 2030, lo que demuestra una reducción paulatina del problema.

En lo que se refiere a la muerte de adolescentes embarazadas, el Ecuador sigue estando en los lugares más altos, con un índice de mortandad de 500 a 700 féminas cada año. Según Mingo (6), las causas de sus decesos son las diferentes complicaciones que se presentan que se presentan en el parto producto de malos cuidados durante el embarazo, luego tenemos muerte por hemorragias, hipertensión arterial (HTA), eclampsia, sepsis, con un 65 % común denominador que hace evidenciar que dichas muertes se presentan en edades de 20 y 34 años, el 10 % son mujeres adolescentes con edades inferiores a los 20 años y un 26 % a partir de los 35 años hacia arriba.

Estas cifras en el mundo tampoco dejan de ser desalentadoras, se cree que existen 46 nacimientos en cada 1000 niñas, lo que muestra que en América Latina y el Caribe sigue ocupando el segundo lugar en los niveles de embarazos en adolescentes, que se calcula en 66,6 de 15 a 19 años, como lo explica Hevia y Perea (7). Cuando se hace el estudio clínico de las complicaciones del parto se encuentra con una realidad preocupante de altos problemas de eclampsia, hipertensión gestacional, hemorragia posparto; en lo que al bebé se refiere estos niños de madres adolescentes sufren de dificultad respiratoria, sepsis bacteriana del recién nacido, otras malformaciones congénitas del corazón, lo señalan Martínez y Zambrano (8), así mismo se ven casos en que la madre adolescentes puede presentar hemorragias, infecciones y ruptura prematura de membranas, el bajo peso durante la gestación, la prematuridad, la mortalidad fetal tardía y la malnutrición; además, también se pueden dar problemas psicológicos, como lo explican Mejía et al. (9).

Por otro lado, Mora (10) advierte que en otros casos también surgen padecimientos como infecciones del tracto urinario y de hecho es muy común esta patología en las adolescentes embarazadas. Existen datos que aseguran que si la detección se la hace a tiempo pues el tratamiento también es exitoso,

previniendo otras complicaciones mucho más graves que comprometen a la madre y a su bebé. En este tipo de tratamiento, el equipo de enfermería cumple un rol esencial para la evolución del paciente, ya que son los encargados de garantizar por medio de la valoración de signos vitales, exámenes de orina y cultivo, participación en el tratamiento, información y evaluación seguimiento periódico de las pacientes. Las mismas, después de una valoración de infección del tracto urinario y posterior tratamiento, fueron observadas hasta el final del embarazo sin reportarse ninguna complicación durante el parto.

Varios estudios manifiestan cuando se presentan padecimientos hipertensivos del embarazo: se están refiriendo a la hipertensión que es una alteración de la presión arterial que comienza en el momento que la mujer se embaraza y es diagnosticada previamente como paciente normotensa, para entender la problemática se hace necesario realizar la debida diferenciación entre hipertensión gestacional y preeclampsia, puesto que la preeclampsia es una complicación muy grave que lleva a la muerte y en caso de no ser así, deja secuelas importantísimas a nivel perinatales, a diferencia de la hipertensión gestacional donde los síntomas que se desarrollan son una hipertensión normalmente leve.

Curo (11) explica que uno de los indicadores que permite establecer diferencias y descartar los riesgos latentes en los dos padecimientos son los resultados de laboratorio donde se presentan niveles altos de proteinuria que es el signo que marca la diferencia entre los dos padecimientos, donde se considera que probablemente, solo el 20 % de las pacientes que asisten a una cita por hipertensión tendrán criterios de preeclampsia y los demás casos deberán ser manejados como hipertensión gestacional. Otra dificultad son los problemas que pueden aparecer en el proceso de gestación y en el parto, predominando la muerte de jóvenes de 15 a 19 años reflejado como la segunda causa de muerte a nivel mundial, seguido de abortos clandestinos, con un incremento significativo de mortalidad por esta causa, además de los problemas de tipo sanitario que ocasionan como lo señala Bosques (12).

Del mismo modo, Ortiz (13) aclara la temática con una breve definición del embarazo de adolescentes y lo conceptualiza como la concepción de una nueva vida entre los 10 y 19 años, lo cual genera una serie de consecuencias en las adolescentes, afectando a nivel biológico, social, económico, psicoló-

gico y cultural; por lo cual constituye un grupo de riesgo importante dentro de las embarazadas, representando aproximadamente el 30 % que están en un riesgo inminente de muerte debido a que la madurez corporal y psicológica aún no es el adecuado.

Para Coronel (14) es muy importante tener claro las connotaciones que generan un embarazo para las adolescentes, como ya se citó en el apartado anterior estas complicaciones se pueden dar en un 70 % de las jóvenes no llegan a cumplir las 40 semanas; debido a la inmadurez física y psíquica, que no le permiten a la menor tomar conciencia de los cuidados que se deben tener en el periodo de gestación, sobreviniéndole otras complicaciones como: carencias nutricionales y comorbilidades; puesto que están en un ambiente familiar que no les brinda la atención y protección responsable para el caso, ya que la familia debería tener conciencia que una adolescente embarazada está en constante peligro.

Muguerca (15) hace una reflexión interesante, donde explica que de acuerdo a su experiencia un 75 % de los jóvenes inicia su vida sexual a edades muy tempranas, apareciendo con ello una gran cantidad de riesgos que atentan contra su salud sexual y reproductiva, desarrollo psíquico y social, ya que estas prácticas no son orientadas de manera adecuada y profesional, entre esas omisiones está el hecho de una falta de planificación familiar y uso de medidas de barrera lo que aumenta los riesgos de embarazos y el contagio de enfermedades infecto contagiosas. De igual manera Solano (16) ratifica en hecho que los jóvenes hoy en día comienzan su vida sexual de manera muy prematura y como resultado tenemos un aumento de partos en menores de 19 años.

En el mismo tema, Espinoza (17) concuerda con los demás expertos que las consecuencias de los embarazos de menores son múltiples debido a que su cuerpo en la mayoría de los casos no se encuentra en el nivel de preparación fisiológica necesaria para concebir un bebé sin complicaciones, en lo psicológico se puede presentar rechazo de la menor a su nuevo rol de madre, sumado a ello también que la economía familiar se ve afectada por la llegada de un nuevo miembro que se convierte en otra carga para la familia y en especial para la madre representado en el 30 % de estrés posparto causado por carencias económicas y la menor autonomía financiera incluso estigmatización social.

Pérez y Betancourt (18) explican que las complicaciones que se pueden presentar en el parto de una adolescente pueden ser múltiples y así lo manifiestan muchos de autores desde sus propias perspectivas, algunas suelen ser: la distocia fetal, trabajo prolongado de parto, rotura del útero y el trabajo de parto pretérmino. Para Chávez (19), otro problema frecuente en este grupo etario es la ruptura prematura de las membranas corioamnióticas, que provoca un parto pretérmino.

Meza y Martínez (20) también abordan otro de los problemas que sufren en el momento del parto, en especial de edades muy cortas, siendo el desgarro perineal, que es un tipo de rompimiento abrupto y traumático de las partes más blandas de la piel y de los músculos que están alrededor de la vagina, causando graves daños en el perineo, suturas mediales, además de los músculos que forman parte de la vagina.

En el estudio de Torres (21) se encontró que la anemia provoca un alto riesgo de morbilidad y mortalidad posparto, como resultado de los malos hábitos alimenticios, que son muy comunes en las adolescentes, donde no existe un buen suministro de hierro producto de la dieta alimenticia. Thomazini (22) considera que el trabajo de parto prematuro es un problema gestacional, que provoca morbimortalidad neonatal, cuya reacción casi recurrente es las labores de parto espontáneo, que se presenta antes de las 30 o 32 semanas completas; aquí aparecen contracciones uterinas fuertes y persistentes, evanescencia cervical igual o mayor al 80 % y dilatación cervical igual o mayor a 1 cm, situación que no siempre se puede diagnosticar de manera oportuna, puesto que existen otras afecciones que se presentan con sintomatologías parecidas.

Por otro lado, San Lucas y Gordillo (23) mencionan las hemorragias posparto como factores de riesgo presentes en las adolescentes. Este problema obstétrico se presenta con mucha frecuencia, es una de las tres primeras causas de muerte materna a nivel mundial. Las hemorragias son la pérdida de más de 500 ml de sangre luego de un parto vaginal o de 1000 ml después de una cesárea, lo que genera realmente una gran preocupación para la OMS, ya que existen estudios que revelan que un 17 % hasta el 40 % de los decesos en el mundo son los de adolescentes en periodo de gestación.

Quezada (24) cree que la distocia en el parto es una de las principales com-



plicaciones pues pone en riesgo tanto al feto como a la madre, a su vez, Morales, hace un estudio comparativo en mujeres que ya son reincidentes en el embarazo, donde las complicaciones más notorias de manera porcentual fueron “40,2 % anemia, 28 % infección del tracto urinario, 11,4 % ruptura prematura de membranas, 9,8 % hipertensión inducida por el embarazo, 7,6 % amenaza de parto pretérmino, 3 % amenaza de aborto y 1,5 % oligoamnios. En el parto: 26,5 % desgarro perineal, 6,8 % parto pretérmino, 6,1 % presentaron distocias de la contractilidad uterina, 3 % distocias de canal del parto, 11,4 % distocias fetales, 3,8 % distocias funiculares y 2,3 % retención placentaria, en el puerperio: 47 % anemia, 21,2 % infección del tracto urinario y 1,5 % hipotonía uterina” (25).

Reyes (26) plantea la depresión posparto como otro problema en las adolescentes. Esto puede implicar una serie de trastornos como los que ya se han mencionado a lo largo de nuestro trabajo, insistiendo en la necesidad de conocer las causas que generan estos problemas y en especial brindar una educación integral sexual con la finalidad de disminuir el problema por lo menos en un 25 %. Este autor sugiere que entre las estrategias se encuentra la creación de programas de atención psicológica prenatal y brindarles a las adolescentes ayuda para enfrentar los cambios, todos ellos enfocados a mejorar la calidad de vida mediante el diseño de planes alimentarios saludables, con dietas apropiadas y concientizar al evitar todo tipo de drogas y alcohol (26).

El Ministerio de Salud Pública (27), conjuntamente con el Ministerio de Educación (28), manifiestan que la atención a las adolescentes en educación integral sexual y como parte del Programa de Oportunidades Curriculares, hablan de los altos índices de embarazos en adolescentes, lo cual no solo le genera impactos a la madre, familia y sociedad, sino al presupuesto del Estado, ya que la inversión en atención y prevención son altos. Esto implica una verdadera responsabilidad colectiva no solo son los riesgos médicos a los que se enfrenta la menor, sino también genera gastos que deben ser asumidos por el Estado a través de los diferentes programas.

Como podemos ver, las complicaciones que se presentan en los embarazos adolescentes son múltiples. Con relación a este tema, Robayo (29) hace un estudio donde busca establecer las complicaciones que se presentan en el embarazo de menores y como dato curioso se dio cuenta que la mayoría

muestral poblacional, cuando les llegó la labor de parto, tenían entre 37 y 41 semanas de gestación, el 70 % finalizó el embarazo por vía vaginal y por varias causas el 30 % en cesárea. De todas las adolescentes embarazadas, el 42,5 % presentó algún tipo de complicación, 30 % presentó desgarros perineales, principalmente de grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10 % y otras complicaciones que representaron el 25 %. Así mismo, Mera (30) en su estudio realizado a pacientes hospitalarias de entre 12 y 19 años, halló que el 16,54 % de las pacientes con un estado de gravedad alto, tenía un tratamiento médico considerado como adecuado y que facilitaba su recuperación. Por lo que en un determinado tiempo el nivel de altas médicas fue del 80 % de buena recuperación, el 20 % presentaron complicaciones para el bebé y madre. El promedio de días en hospitalización fue 30 días.

Para Quiroz y Franco (31), al hacer un estudio de las historias clínicas de adolescentes en edades de 16 y 17 años, el 35 % de las complicaciones se dieron en jóvenes de sectores rurales, que presentaron en esa proporción una ausencia de controles obstétricos, nivel económico bajo, se habían embarazado de manera voluntaria, donde las complicaciones más frecuentes presentadas fueron infecciones de tracto urinario, anemia y síndromes hipertensivos relacionados directamente a los factores sociodemográficos. También hace referencia a que en 2019 hubo 228 muertes maternas, que corresponden a 42,9 %, en la provincia de Manabí.

Una vez determinadas las complicaciones también es necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que se encuentran asociados a los embarazos de adolescentes. Según Castañeda y Cruz (32), además de las complicaciones médicas que ya se han abordado a lo largo de la temática, aparecen otros elementos igual de importantes, como que el 61,5 % de las adolescentes gestantes son víctimas de violencia, el 80 % dentro de la funcionalidad familiar pertenecen a un nivel bajo, el 71,67 % su edad del primer embarazo están edades menor o igual a 19 años, en cuanto a la situación sentimental de los padres, el 61,67 % se encuentran separados.

Un estudio realizado por Quiñonez (33) para determinar los factores de riesgo asociados con los embarazos concluye que el 97 % de las adolescentes embarazadas han tenido por lo menos de 1 a 2 embarazos, el 85 % de significancia la variable los embarazos adolescentes y nivel de escolaridad, el 95 % de las adolescentes no usan métodos anticonceptivos, de igual manera el

95 % tiene ingresos inferiores al de un salario mínimo y el 40 % inició sus relaciones sexuales antes de los 16 años.

Asimismo, varios entendidos en el tema consideran que es posible detallar medidas de prevención que ayudarían a retrasar las relaciones sexuales precoces y por ende embarazos con potenciales complicaciones. Así explica el Ministerio de Salud Pública de Guatemala (34), que habla de elementos condicionantes para iniciar relaciones sexuales prematuras como: la presión que los padres causan, el deseo de los jóvenes de explorar campos desconocidos, por querer sentirse bien, por tener un amor y confianza absoluta en su pareja, no medir consecuencias, no tener control ni capacidad de discernimiento frente a la situación, creerse mayores y autosuficientes. Otros profesionales que tratan de comprenderlos hablan de la falta de un proyecto de vida, influencia negativa de otras personas, en especial jóvenes igual que ellos, ausencia de comunicación familiar, abuso del alcohol y las drogas.

Según datos de la OMS (35), el 9,5 % expresan haber quedado embarazadas por primera vez a los 15 años. En lo que respecta a las relaciones sexuales, el 63 % de las parejas iniciaron su vida sexual entre los 13 y 14 años. El 54 % viven en unión libre a partir de 15 a 17 años, el 67,3 % de las adolescentes tienen más de una pareja sexual, apenas un 32,7 % de la población joven tiene acceso a los métodos anticonceptivos.

Otro de los objetivos de este estudio es detallar medidas de prevención contra las complicaciones durante el parto normal de las adolescentes, para lo cual se toma de referencia los trabajos de Huertas (35), quien asegura que la producción de progesterona vaginal reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo entre 35 % y 40 %, si se administra a partir de las 16 hasta las 34 semanas, lo que en sus tratamientos ha producido unos resultados exitosos. Del mismo modo, Castro et al. (36) de acuerdo a su estudio que se realizó en países latinoamericanos, el 45 % de los resultados analizados por expertos consideran al diseño de políticas educativas encaminadas al abordaje del tema y a la prevención de los embarazos precoces, generan madres adolescentes embarazadas cuyas complicaciones se las ha nombrado previamente.

Robaina et al. (43) realiza un estudio sobre las consideraciones actuales de los embarazos en adolescentes y las posibles complicaciones teniendo como resultado: 24 % tienen problemas alimenticios, 83,1 % tienen entre 14 y

19 años, 58,9 % son de niveles socioeconómicos bajos, 52,9 % con hábitos adictivos como: fumar, beber y uso de drogas. Asimismo, Bekele (44), cuando aborda en su estudio la salud reproductiva y educación sexual en adolescentes, descubre que 75 % de los jóvenes pese a haber escuchado alguna vez sobre educación sexual, entre otros temas afines no tienen una cultura de prevención y anticonceptiva.

Actualmente, el Ministerio de Educación (37), en colaboración de la Presidencia de la República y la UNESCO, han puesto en marcha desde 2019 un programa donde se integra a los diferentes organismos de protección de derechos, para que juntos se desarrollen programas, que, desde el enfoque preventivo, se pueda romper paradigmas y estereotipos que sesgan a las adolescentes.

Para resumir este apartado, vamos a señalar los conceptos relevantes que se deben abordar cuando se habla de las complicaciones en los embarazos adolescentes.

**1. Ruptura prematura de membranas.** Huarcaya (38) explica el parto pretérmino como lo definen los expertos es aquel que se presentan la labor de parto, antes de las 37 semanas del embarazo. Se pueden diferenciar dos tipos muy marcados como ruptura extrema este tipo de complicación se presenta a las 28 semanas, luego está la ruptura llamada muy pretérmino que es muy recurrente en manifestarse en la última semana del embarazo o antes de la 32; luego tenemos de moderado a tardío que es muy común de manifestarse entre la 32-36 semanas.

**2. Desgarro perineal.** Según a las investigaciones de Muñoz (39) uno de los factores que lo producen tenemos el parto precipitado, el periodo intergenésico corto y la presencia de frecuentes infecciones vaginales de acuerdo a su trabajo son los factores que aparentemente están determinado las infecciones perineales, aunque el problema es de riesgo puede mejorarse con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado por parte del facultativo.

**3. Anemia.** Deriva en mayor morbilidad y mortalidad posparto, para Martínez (40) como se sabe la embarazada pierde hierro y se afec-

tan los niveles de hemoglobina, la anemia es la disminución de glóbulos rojos, lo que evita que el oxígeno sea llevado a los tejidos, los profesionales deben tratar de manera oportuna dicha afección con hierro, complejo B, ácido fólico en algunos casos el cuadro se agrava con la presencia de bajo peso de la madre y desnutrición.

**4. Trabajo de parto prematuro.** De acuerdo a Thomazini (41), el inicio de labor de parto prematuro, es un problema que se presenta mucho en adolescentes, pueden darse de forma aleatoria o relacionado con otras afecciones, pero en fin consiste en la anticipación del parto fuera de los tiempos previstos, en este tipo de problemática juega un papel importante la salud de la madre y los conocimientos y habilidades del médico y todo el equipo hospitalario, reduciendo los riesgos para la madre y el bebé.

**5. Hemorragia posparto.** Delgado (42) encuentra que esta complicación se muestra posterior a las primeras 24 horas del parto y generalmente es la más grave, provocando la muerte de la madre. Puede evidenciarse como resultado de una atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. La distocia en el trabajo de parto se entiende como aquella condición que hace que el feto no esté de manera normal, el feto suele tener un tamaño anormal, que puede variar en mayor o menor tamaño, dificultando su salida.

## 2. Metodología

La metodología usada es revisión bibliográfica, puesto que se ha realizado una búsqueda de estudios previos con la finalidad de poder cumplir con objetivos planteados, el método utilizado es narrativo-descriptivo. La herramienta de la recolección de los datos fueron el uso de las plataformas digitales Scopus, Redalyc, Scielo y Dialnet, entre otros espacios científicos indexados.

# 3. Resultados

En cuanto a los resultados se ha realizado el análisis de la información tomando como base los trabajos de los últimos 5 años, que sus hallazgos sean artículos científicos y cuyas variables son factor de riesgos, complicaciones y la prevención, siendo los siguientes:

**TABLA 1.** Factores de riesgo en la embarazada adolescente.

AUTOR	FACTOR DE RIESGO	PORCENTAJE
Robaina et al. 2019	Problemas alimenticios en adolescentes generan complicaciones.	24 %
Velasteguí et al. 2018	Promedio de edad de las embarazadas menores a 19 años. Tienen edades entre 14 y 19 años. Niveles socioeconómicos bajos.	12,8 % 83,1 % 58,9 %
Hevia y Perea 2020	Promedio de edades de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años.	66,6 %
Ortiz et al. 2018	Falta de información en su primera menstruación.	30 %
Muguercia 2020	Relaciones sexuales prematuras en las adolescentes.	75 %
Bekele et al. 2022	Conocen de temas de salud sexual y reproductiva, pero no tienen cultura preventiva y anticonceptiva.	75 %
Castañeda y Cruz 2021	Situación de los padres se encuentran separados.	61,5 %
OMS 2018	Edad de embarazo 9-14 años.	63 %

**TABLA 2.** Estadístico descriptivo de los porcentajes.

	<b>PORCENTAJE</b>
N	4
Media	0,447
Mediana	0,414
Desviación estándar	0,323
Varianza	0,104
Mínimo	0,128
Máximo	0,831
OMS 2018	63 %

## 4. *Discusión*

En relación con el primer objetivo se han analizado los trabajos de 44 autores, de los abordados 8 han cumplido los criterios de inclusión y la variable factores de riesgo, teniendo como dato de referencia los porcentajes alcanzados, la media es de 0,44; la mediana 0,41; rango máximo 0,12; y el rango mínimo 0,83. El porcentaje más alto es 83,1 % donde el factor de riesgo predominante es la edad de las adolescentes, como lo muestra la tabla 1. Luego tenemos las relaciones sexuales prematuras, pese a conocer de educación sexual 75 % de los jóvenes no tienen una cultura preventiva y anticonceptiva, la influencia del tipo de familia de origen tiene un porcentaje 61,5 %, donde sus padres no viven juntos, lo que indica ausencia de una figura familiar integral, el nivel socioeconómico tiene también una marcada incidencia 58,9 %. De estas adolescentes pertenecen a familias de bajos recursos, lo que en teoría incrementa la brecha de la pobreza familiar.

## 5. Conclusiones

En lo que se refiere al primer objetivo determinar los factores de riesgo que inciden en los embarazos de adolescentes en un nivel alto de 83,1 % corresponde a la edad de las adolescentes en iniciar sus vidas sexuales y por ende de embarazos precoces promedio de 9-17, la misma que inciden en el desarrollo psicológico y biológico de la gestante.

El 75 % de los jóvenes alguna vez en sus vidas han tenido formación en educación sexual; pero no tiene una cultura preventiva y anticonceptiva que les permita deducir los riesgos de embarazo.

El 58,9 % de las adolescentes tienen un nivel económico bajo, lo que incrementa la problemática de pobreza en el núcleo familiar.

## 6. Trabajos futuros

En esta investigación aparecen nuevas interrogantes o nuevas ideas como: ¿qué factores inciden a que con toda la información que se tiene en la actualidad y los recursos digitales, los índices de embarazos en adolescentes se siguen inclinando hacia el incremento? Líneas de trabajos emergentes es la educación integral sexual de la sociedad. Entre las futuras investigaciones que deberíamos plantearnos es el uso de los anticonceptivos en adolescentes y la educación sexual en valores.



# Referencias bibliográficas

1. García, A, González, M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. *Revista Ciencias Médicas*. 2018; 22(3): p. 3-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002&lng=es)
2. Velasteguí, J, Hernández, M, Real, J, Roby, A, Alvarado, H, Haro, A. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana Med Gen Integr*. 2018; 34(1): p. 37-44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100005&lng=es)
3. Vasconez, M, Macías, K, Rosillo, R & Martínez, A. Embarazo en adolescentes: factores psico-sociales. *RECIAMUC*. 2018; 2(2): p. 315-331. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/94>
4. Venegas, M, Valles, B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Revista Pediátrica Aten Primaria*. 2019; 21(83): p. 109-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es)
5. Flores-Valencia, M, Nava-Chapa, G, Arenas-Monreal, L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*. 2017; 19(3): p. 374-378. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/#>
6. Mingo V. Complicaciones durante el embarazo en adolescentes. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8571/1/9BT2020-MTI124-VALERIA%20NATALY%20MINGO%20CARCHI.pdf>
7. Hevia, D., & Perea, L. Embarazo y adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*. 2020; 92(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002)
8. Martínez, E, A, Montero, G, & Zambrano, R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Espacios*. 2020; 41(47): p. 1-10. Disponible en: <http://w.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
9. Mejía, C, Delgado, M, Mostto, F., Torres, R, Verastegui-Díaz, A., Cárdenas, M, Al-

- manza-Mío, C. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2018, 83(1): p. 15-21. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000100015&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000100015&script=sci_arttext)
10. Mora-Vallejo M. Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. *FAC SALUD-UNEMI*. 2019; 3(4). Disponible en: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol3iss4.2019pp26-35p>
  11. Curo, J. Características maternas, obstétricas y complicaciones materno-perinatales de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018-diciembre del 2019. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11170>
  12. Abanto-Bojorquez, D. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020; 20(3); p. 419-424. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000300419](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300419)
  13. Ortiz, R, Otalora, M, Delgado, A, Luna, S. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Revista chilena. obstetricia. ginecología*. 2018; 83(5): p. 478-486. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000500478&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000500478&script=sci_arttext)
  14. Coronel, I. Riesgo obstétrico y complicaciones materno-fetales en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Macas, año 2018. 8472nd ed. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca.; 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8472>
  15. Muguercia, J. Características de las adolescentes embarazadas de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020; 36(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252020000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000300006)
  16. Solano, E. Embarazo en la adolescencia como reto para el primer nivel de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021; 37(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400018&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400018&script=sci_arttext&lng=en)
  17. Espinoza, M. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo de madres adolescentes. 2021. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5500>
  18. Pérez, L, Betancourt, M. Rol de la enfermería en las complicaciones del parto en la adolescencia [Tesis de pregrado]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4715/1/ROL%20DE%20LA%20ENFERMER%20%8dA%20EN%20LAS%20COMPLICACIONES%20DEL%20PARTO%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf>

19. Chávez, L. Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018. 2019. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2262/T030\\_71799344\\_T%20%20%20CH%c3%81VEZ%20JURADO%20LAURA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2262/T030_71799344_T%20%20%20CH%c3%81VEZ%20JURADO%20LAURA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Cuellar Meza, M, Tolentino Martínez, Y. Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales Durante el Periodo Expulsivo en Adolescentes Atendidas en un Hospital Nacional. 2019. Disponible en: <http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/400/CUELLAR%20M.%20TOLENTINO%20Y.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Torres, I, Aguilar, C, Flores, E, López, O, Flores, I. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2017; 18(2): p. 29-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2015/vre152e.pdf>
22. Thomazini, I, Wysocki, A, da Cunha, M., Silva, S & Ruiz, M. T. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. Enfermería global. 2016; 15(44): p. 416-427. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/revisiones4.pdf>
23. San Lucas Peña, T, & Arana Gordillo, S. Hemorragia posparto: incidencia y complicaciones en puérperas adolescentes [Tesis doctoral, Universidad de Guayaquil]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31226>
24. Quezada Carvajal, L. Complicaciones neonatales en partos distócicos de pacientes atendidas en el Hospital Universitario. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia, 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41792>
25. Morales Crespo, Y. Características sociodemográficas-obstétricas en relación a las complicaciones maternas y perinatales en adolescentes atendidas en el Hospital de San Francisco La Mar-Ayacucho enero-diciembre 2016. 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4065>
26. Reyes, D. Factores de riesgo psicológico para la depresión posparto en madres adolescentes Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica. 2021. Disponible en: <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/2629/1/REYES%20VACA%20DIANA%20CORAL%c3%8da.pdf>
27. Ministerio de Salud Pública Ecuador: Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas y Adolescentes 2018-2025. Consultado 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/antecedentes-politica-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-en-ninas-y-adolescentes-2018-2025/>
28. Ministerio de Educación Ecuador: política intersectorial de prevención del emba-

- razo en niñas y adolescentes. Ecuador 2018-2025. Consultado 2022. Disponible en: [https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2018/10/politica\\_intersectorial\\_de\\_prevenccion\\_del\\_embarazo\\_en\\_ninas\\_y\\_adolescentes.pdf](https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_prevenccion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf)
29. Robayo, W. Ponencia. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo-junio del 2014. Disponible: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8381>
  30. Mera Cantos, A. Ponencia. Embarazo en adolescencia Complicaciones del embarazo Trabajo de parto. 2017. Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42031>
  31. Quiroz Figueroa M, Franco León C. Complicaciones obstétricas en el embarazo de adolescentes [Tesis de pregrado, UNESUM]. 2021. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/2897>
  32. Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H, Castañeda Paredes J. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*. 2021;20(62):109-128. Disponible: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.438711>
  33. Quiñonez-Ludy. Repositorio. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Las Palmas. 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/47574>
  34. Ministerio de Salud Pública Guatemala. Prevención de Embarazos de niñas y adolescentes. 2019. Disponible en: Ministerio de Salud Pública Guatemala <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/GUIA%20DE%20PREVENCION%20EMBARAZO.pdf>
  35. Tacchino, E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. 2018; 64(3). Disponibles: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
  36. Castro, S; Perilla, S; Rocha, A. Estrategias preventivas del embarazo en adolescentes en la región de las américas: una revisión narrativa *Investigaciones Andina*. 2017; 19(34):1901-1924 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239057355008.pdf>
  37. Ministerio de Educación Ecuador. Guía de la prevención del Embarazo. 2019, Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Guia-Prevenccion-Embarazo.pdf>
  38. Huarcaya-Gutiérrez, R, Cerda-Sánchez, M, Barja-Ore, J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. 2021; *MEDISAN*, 25(2):346-356. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368466743007/html/>
  39. Rossibel, J, Muñoz, J, Mendoza, J, Charo, S. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. 2022.

- Medisur 20(3). Disponible: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5363/3754>
40. Martínez, M. Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de enero - diciembre del 2016. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/122/1/MARTINEZ%20MANCO%20Erika%20Allakelly.pdf>
  41. Thomazini, I. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. *Enfermería global*, 2016. 15(44): 416-427. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412016000400017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000400017)
  42. Delgado Hemorragia posparto. 2017. 23 (4). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)
  43. Robina, I, Robaina-Castillo, F, Hernández-García, L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. 2019.15 (1): 123-133, Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638266624013/html/>
  44. Bekele, D., Deksisa, A., Abera, W. Comunicación de los padres a sus hijos adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva y factores que la afectan en la ciudad de Asella, Etiopía: un estudio transversal basado en la comunidad. *Reprod Health* 19, 114 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01408-8>

# **Capítulo II**

*Factores de riesgo en la preeclampsia en la gestante de mediana edad*

***John Sebastián Ochoa Nieto***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Janeth Beatriz Encalada Sisalima***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Viviana Estefanía Cabrera Pizarro***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Katherine Geovanna Cortez Calle***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Andrea Alexandra Vicuña Palacios***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

*“El embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos, ya que todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de una nueva vida en el interior del cuerpo de la madre representa, dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo” (1).*

Aunque en la mayoría de los embarazos no se presentan complicaciones, hay casos en los que se manifiestan con: sangrados, diabetes gestacional, pérdida fetal, hipertensión gestacional, entre otras. Una condición muy frecuente es la hipertensión gestacional, caracterizada por la elevación de la presión arterial aun cuando la gestante no presente antecedentes personales de hipertensión, por consiguiente, si no es controlada la condición puede llegar a desencadenar una preeclampsia sucesivamente a una eclampsia y hasta llegar a la muerte de la paciente (2).

Preeclampsia y eclampsia “son parte del espectro de trastornos de la presión arterial alta, o hipertensivos, que pueden ocurrir durante el embarazo. En el extremo leve del espectro se encuentra la hipertensión gestacional, que ocurre cuando una mujer que antes tenía presión arterial normal desarrolla presión arterial alta cuando tiene más de 20 semanas de embarazo” (3). Estas complicaciones pueden llegar a ocasionar daños en la función cerebral, ocasionar convulsiones o coma y desarrollar el síndrome HELLP.

El embarazo de alto riesgo es cuando se presentan varios factores que pueden ocasionar un riesgo para la etapa gestacional actual, afectando todo el proceso materno fetal (4). Los controles periódicos y tempranos son de importancia, porque permiten identificar patologías graves durante esta etapa, como la preeclampsia, lo que permitirá llevar un adecuado control y manejo materno y fetal, previniendo complicaciones a futuro.



*“La preeclampsia es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10 % de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75 % de los casos corresponden a pacientes primigestas” (5). En la mayoría de los casos la preeclampsia es leve, pero puede pasar de leve a un caso grave o una eclampsia completa en poco tiempo (5).*

La eclampsia afecta a la placenta, los órganos blancos como el hígado, cerebro, riñones, corazón entre otros órganos, la complicación puede ocasionar el desprendimiento de la placenta con el útero llegando a provocar un parto prematuro o la pérdida del embarazo (6).

Cuando la preeclampsia no es tratada a tiempo, empeora el cuadro complicándose con una eclampsia, manifestándose con convulsiones, llegando a un coma y hasta a ocasionar la muerte de la paciente (6). Una complicación grave es el síndrome de HELLP de los trastornos hipertensivos del embarazo, donde sufre daño el hígado y las células sanguíneas, ocasionando hemólisis (desintegración de los glóbulos rojos), elevación de las enzimas hepáticas, indicio de daño hepático y bajo recuento de plaquetas (encargadas de la coagulación). Hay riesgo aun después del parto con la preeclampsia porque es cuatro veces más probable de sufrir una hipertensión y dos veces más de desarrollar patologías cardíacas isquémicas (3).

En una investigación profundizaron en el riesgo que corrían las mujeres que presentaban la preeclampsia en el embarazo como: obesidad, daño a cualquier órgano en forma de malformaciones cardíacas, de pulmones, problemas de sangrado, convulsiones (eclampsia), falla hepática. Además, los resultados mostraron que la preeclampsia se daba desde las 32 semanas de gestación, el tratamiento más eficaz era terminar con el embarazo lo más rápido posible, lo que podría complicar el bienestar fetal por falta de madurez y que por el simple hecho de tener antecedente familiares de preeclampsia, traía consecuencias negativas para la paciente y el bebé (7).

En un estudio se analizó el resultado de 97 neonatos nacidos de madres con preeclampsia comparado con el de 680 neonatos con la misma edad gestacional de entre 25-36 semanas en un hospital de Países Bajos, obtenien-

do que los recién nacidos de madres con preeclampsia presentaron mayor mortalidad perinatal con un 13 % con relación a un 7 % de los recién nacidos de madres sin complicaciones (8). En una investigación se presentó la posibilidad que la administración de ácido acetilsalicílico y calcio ayudaría en reducir el riesgo de presentar preeclampsia, concluyendo que su aplicación presentó una disminución significativa de forma gradual en la preeclampsia de las gestantes que presentaban varios factores de riesgo y con las pacientes que ya estaban con la complicación, se utilizó como tratamiento de profilaxis obteniendo resultados favorables para el bienestar materno fetal (9).

Con toda la evidencia presentada se pretende analizar la preeclampsia y su influencia en la gestante de mediana edad, todo esto desglosado en distintos puntos, pero encaminados al mismo objetivo como: enunciar los factores asociados que influyen en la aparición de la preeclampsia, describir las consecuencias de la preeclampsia en la salud de las gestantes y mencionar las medidas de prevención de la preeclampsia.

*“Las mujeres hipertensas presentan una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional” (10). Un factor que influye son los antecedentes familiares hipertensivos, siendo incidencia de trastornos hipertensivos significativamente mayor en las hijas y nietas de mujeres que han presentado esta entidad en sus embarazos, lo cual plantea una tendencia familiar (11).*

La obesidad se sitúa en primer lugar en el desarrollo de hipertensión arterial, después siendo desencadenado por una preeclampsia (12). Otro factor es la edad principalmente la edad avanzada, por lo tanto, las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, o alguna enfermedad crónica que las predispone a desarrollar preeclampsia (13). En cuanto a la diabetes mellitus, ocasiona un cambio drástico en la salud de la gestante y a la vez influye en la predisposición de otros factores de riesgo, porque la resistencia a la insulina influye en la fisiopatología de la preeclampsia (14).

La paridad en la mujer repercute en su salud, dado que, durante el embarazo,

se producen alteraciones dramáticas en la morfología corporal y en el medio hormonal, lo cual puede afectar el sistema cardiovascular. Así también podría comprometer el proceso de remodelación vascular necesario en el proceso de placentación de gestaciones futuras (15). La nuliparidad también sería parte del desarrollo de la preeclampsia como un factor de riesgo (16).

Las complicaciones que se pueden presentar en la gestante con preeclampsia puede ser una eclampsia y llegar a un síndrome de HELLP, también puede presentar hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, disfunción renal, entre otras, llegando a ser una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna (17).

En el feto, las complicaciones se asocian a insuficiencia placentaria manifestándose por enlentecimiento o restricción del crecimiento intrauterino (RCrIU), conllevando a la muerte fetal. La preeclampsia junto con la ruptura prematura de membranas son causas frecuentes de prematuridad extrema (18).

La pérdida de la visión es una complicación de la eclampsia presentándose en un 15 % de los casos, existiendo reportes de ceguera que se desarrollaron hasta una semana o más después del parto (19).

Según investigaciones realizadas la cefalea y los escotomas se deben a la disminución de la perfusión cerebrovascular, que tiene predilección por los lóbulos occipitales, son signos y síntomas únicos ya que generalmente mejoran después de iniciar la administración con sulfato de magnesio (17).

En algunos casos de gestación se presentan signos y síntomas como cefalea, hiperexcitabilidad, ceguera, convulsiones, hiperuricemia, oliguria, presencia de edema hepático y dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, a causa de que todo está relacionado con la hipertensión. (20).

Para el diagnóstico clínico se basará en el control de la presión arterial y orina en cada visita prenatal. Si la presión se presenta igual o mayor de 140/90 mmHg y proteína en la orina mayor a 300 mg de una muestra de 24 horas, aun después de la semana 20 de gestación; basado en estos criterios se presentará la valoración de la preeclampsia. (21).

Al diagnosticar la preeclampsia hay dos tipos, la preeclampsia leve que pre-

senta como criterio de diagnóstico la hipertensión (presión arterial sistólica > 140 mmHg o presión arterial diastólica > 90 mmHg) y la proteinuria (> 300 mg/24 horas o aumento significativo desde el valor basal); y también la preeclampsia grave presentando presión arterial sistólica sostenida > 160 mmHg o presión arterial diastólica > 110 mmHg (medida dos veces con seis horas de diferencia), deterioro de la función renal, incluyendo proteinuria en rango nefrótico, oliguria súbita y elevación de creatinina. (20).

En la mayoría de los casos se presenta un diagnóstico tardío, por lo tanto, es importante la elaboración de la historia clínica perinatal detallada, se da relevancia a que la atención prenatal, reduce la mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (22).

El medicamento de primera elección como tratamiento preventivo de las mismas en la preeclampsia, eclampsia y en hipertensión gestacional grave es el sulfato de magnesio. Por lo tanto, se recomienda como preventivo de convulsiones. La dosis del sulfato de magnesio en preeclampsia es de 4 gr intravenoso en 20 minutos como dosis de impregnación, seguido de 1 gr/hora en venoclisis continua como dosis de mantenimiento (23).

Las consecuencias de la preeclampsia presentan un impacto en la morbi-mortalidad materna y neonatal, teniendo como medidas de prevención no farmacológicas como: identificación rápida y oportuna de factores de riesgos que nos lleven a desarrollar preeclampsia tomando así en cuenta cuales serían las gestantes que se benefician de profilaxis farmacológica (24).

**Actividad física:** el entrenamiento durante el embarazo en mujeres sanas reduce la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia. El programa de intervención con más beneficios es el ejercicio combinado con entrenamiento de flexibilidad y con una duración mínima de 29 semanas, que oscile entre la 8ª y 9ª semana gestacional, hasta la 36ª, pudiendo extenderse hasta el final del embarazo (25).

En el caso de prevenciones farmacológicas se aplica principalmente ácido acetilsalicílico y calcio. A través de los años se han presentado numerosos ensayos clínicos en los que se analiza el uso profiláctico de la aspirina para

disminuir el riesgo de padecer preeclampsia en embarazos de alto riesgo evitando de esta manera las potenciales complicaciones maternas y fetales (26).

El ácido acetilsalicílico en bajas dosis se ha convertido en la única estrategia preventiva que ha logrado tener validación y aprobación para utilizarla, generando una reducción del riesgo de preeclampsia y disminuyendo los resultados adversos asociados (27,28). Se infiere que el uso de ácido acetilsalicílico reduce la presentación de preeclampsia, con un efecto reductivo del tratamiento en un 53 % en caso de presentarla, disminuyendo la recurrencia de preeclampsia con tiempo mínimo de tratamiento de 15 semanas. A través de su mecanismo de acción, el ácido acetilsalicílico cumple sus funciones de prevención, aunadas a sus ventajas de seguridad en el binomio bajo costo y accesibilidad (29).

Se recomienda iniciar la profilaxis en mujeres con alto riesgo de padecer preeclampsia como: pacientes con embarazo múltiple, antecedente de embarazo previo con preeclampsia, hipertensas crónicas, diabéticas, nefrópatas y pacientes que padecen de enfermedad autoinmune, lupus y síndrome antifosfolípidos (27).

La conjunción de la administración de ácido acetilsalicílico y calcio disminuye de forma significativa la presentación de preeclampsia en pacientes con factores de riesgo para desarrollarla, así como también la duración del tratamiento disminuye las complicaciones (9).

## *2. Metodología*

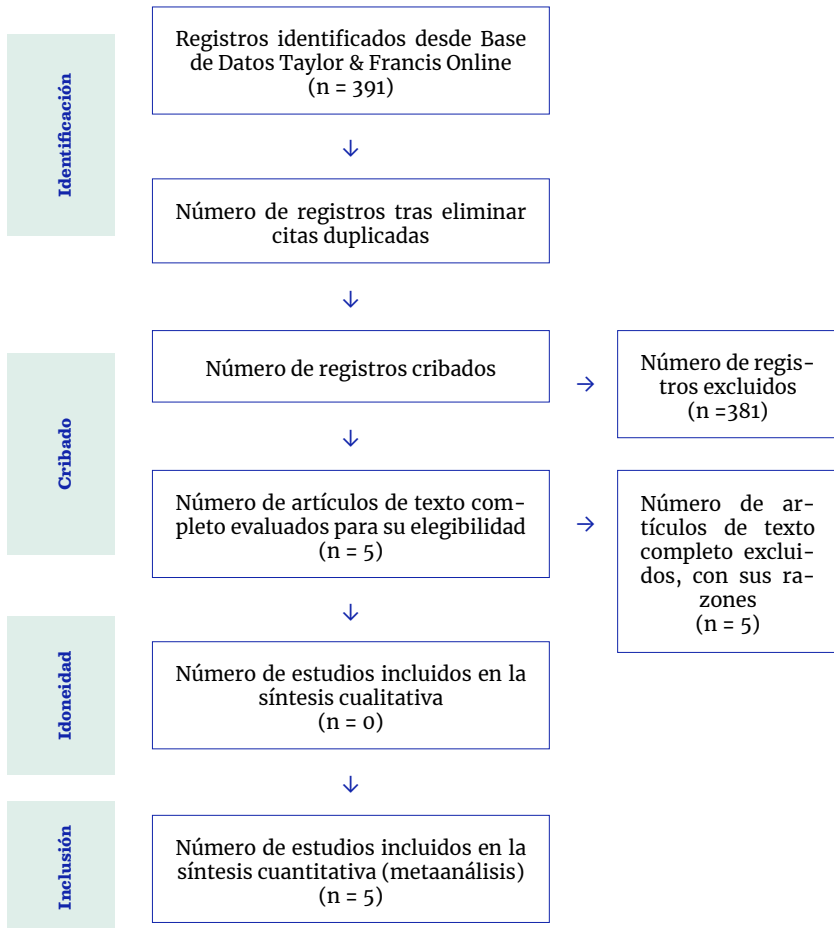
La metodología que se utilizó en esta revisión bibliográfica es cualitativa y analítica. La recolección de datos se realizó mediante el método Prisma, a través de buscadores utilizando los conectores booleanos “AND” y “OR”:

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Población con un rango de edad entre los 30 a 40 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Excluir libros sobre el tema.
- Abuso de drogas por parte de la población.



## 3. Resultados

En la tabla 1 se puede apreciar que el factor asociado predominante que influye en la aparición de preeclampsia es la obesidad, pues 3 de los 5 autores lo mencionan.

**Tabla 1.** Enunciar los factores asociados que influyen en la aparición de la preeclampsia.

AUTOR	FACTORES DE RIESGO	PORCENTAJE
Linglan de Cacerola 2019	Teratoma de ovario maduro	(odds ratio [OR] ajustado 7,69, IC 95 % 1,58 – 37,53)
	Miomas uterinos	(OR ajustado 2,24, IC 95 % 1,28 – 3,92)
	Hipotiroidismo pregestacional	(OR ajustado 5,17, IC 95 % 2,43 – 11,00)
Lintula Aino 2020	Asociación significativa entre la medicación con levotiroxina (Hipotiroidismo) y la preeclampsia	(OR 1,48, IC 95 th 1,06–2,07, $p \leq 0,022$ )
Gasse Cedric 2010	Obesidad relacionada con trastornos hipertensivos del embarazo	(22,5 versus 8,5 %, $p < 0,0001$ )
Mohammadi Maryam 2018	Obesidad	OR = 3,67, IC del 95 % = 2,57–5,24
Khader Yousef 2019	Obesidad	(OR = 2,6)
	Hipertensión	(OR = 11,9)

## 4. *Discusión*

En los resultados de la investigación, se evidenció que la obesidad es el factor de riesgo más prevalente que contribuye en la aparición de la preeclampsia como se expresa en un estudio: “La obesidad se situó en primer lugar de riesgo de desarrollar hipertensión durante el embarazo seguida de la enfermedad renal” (35). También otros estudios (36) indican que: “La obesidad pregestacional es un factor asociado para el desarrollo de preeclampsia, ya que se asocia con 2,25 veces más riesgo de presentar preeclampsia” (36).

Siendo este un factor que va en aumento, por el tipo de alimentación que llevan las gestantes, puede ocasionar un cambio en la perspectiva de cómo se presentaría la etapa de gestación antes de su comienzo, como manifiesta un estudio, “existe evidencia convincente de que la obesidad aumenta el riesgo de preeclampsia unas 3 veces, y en los países desarrollados es el principal riesgo atribuible para el trastorno” (37).

Como segundo factor de riesgo prevalente está el hipotiroidismo, principalmente por el tratamiento que tiene con el medicamento levotiroxina. Aunque es considerado un riesgo potencial, no hay el sustento necesario para considerarlo un riesgo asociado directamente con la preeclampsia, como lo informa el siguiente estudio: “Se necesitarán más evaluaciones para definir si existe un riesgo potencialmente mayor de desarrollar preeclampsia cuando se inicia el tratamiento con levotiroxina durante el embarazo” (31).

Como se describió anteriormente, la obesidad es un factor predominante, pero un factor asociado y clave también para el desarrollo de preeclampsia es la hipertensión, como lo transmite el último estudio: “Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes y causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal” (38).



## 5. Conclusiones

Luego de realizar la revisión bibliográfica sobre la preeclampsia y la influencia en la gestante de mediana edad, se concluye que el factor de riesgo más prevalente es la obesidad. Con estos resultados es necesario recalcar la importancia de los primeros controles prenatales, la orientación y educación a la gestante, creando la necesidad de realizar planes de intervención de enfermería en este grupo poblacional para prevenir el desarrollo de esta patología.

## 6. Trabajos futuros

Como nuevas interrogantes, se podría investigar la influencia de la vitamina D en la etapa del embarazo, qué efectos o complicaciones podría tener, si hay la presencia de bajos niveles de esta vitamina. También realizar una revisión bibliográfica sobre el uso de sulfato de magnesio como neuro protección en el feto, considerando que una de las principales complicaciones en el feto de la preeclampsia precisamente es el parto pretérmino.

# Referencias bibliográficas

1. Carrillo P, García A, Soto M et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2021 Feb [consultado en 2022 mayo 19]; 64(1): 39-48. doi: 0.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07
2. Gestational Hypertension | American Pregnancy Association [consultado en 2022 Jun 1]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/gestational-hypertension/>
3. Preeclampsia y eclampsia: Información sobre la enfermedad | NICHD español. [consultado en 2022 May 18]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion>
4. Gaitán, E y Ampudia, M. revista médica sinergia. Revista Medica Sinerg. 2019 Sep 1 [consultado en 2022 May 18];4(9):e319-e319. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/319/671>
5. Preeclampsia. [consultado en 2022 May 18]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-medica-sinergia-san-jose/articulo/preeclampsia>
6. Preeclampsia y eclampsia-NICHD-Instituto Nacional Eunice Kennedy Shriver de Salud Infantil y Desarrollo. [consultado en 2022 Jun 20]. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/preeclampsia>
7. Ruilova J et al. Factores de riesgo de preeclampsia. RECIAMUC. 2019 Apr 1 [consultado en 2022 May 18];3(2):1012-32. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/384/475>
8. Van Esch J, Van Heijst A et al Early-onset preeclampsia is associated with perinatal mortality and severe neonatal morbidity. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Dec 2 [consultado en 2022 May 18];30(23):2789-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28282780/>
9. Stalin Tacle et al. Ácido acetilsalicílico y calcio para la prevención de preeclampsia. Polo del Conoc. 2022 Mar 21 [consultado en 2022 May 18];7(3):1296-307. Disponible en: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3792/html>
10. Guerrero M et al. Nuliparidad como factor de riesgo para el desarrollo de pree-

- clampsia en gestantes entre 16- 25 años en el hospital nacional dos de mayo durante el año 2017. 2019; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/handle/URP/1802>
11. Muñoz L et al. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *Recimundo*. 2020;4(4):343-52.
  12. Factores causales de hipertensión arterial en mujeres durante la gestación - Dialnet. [consultado en 2022 May 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732774>
  13. Medina G y Guevara E. Vista de Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. [consultado en 2022 May 19]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/tpinmp/article/view/140/144>
  14. Aranda H. Factores de riesgos sociodemográficos y gineco obstétricos que influyen en la preeclampsia en gestantes de un hospital público de Chancay, 2021. [consultado en 2022 May 19]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4485>
  15. Paz P. Universidad Privada Antenor Orrego: Diabetes gestacional como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. [consultado en 2022 May 19]. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/5331>
  16. Vásquez R. Nuliparidad, antecedente de preeclampsia, edad materna e índice de pulsatilidad como factores de riesgo para preeclampsia. *Hospital PNP Luis N. Sáenz*. Enero-diciembre 2017. [consultado en 2022 May 19]. Disponible en: <http://168.121.49.87/handle/URP/1850>
  17. Valencia M. Factores clínico-epidemiológicos predictores de preeclampsia severa en gestantes que acuden a emergencia en el hospital nacional Pnp Luis N. Sáenz en el periodo enero 2016-julio 2017. 2018.
  18. Castillo Y. actores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo enero-diciembre 2017. 2018.
  19. García A. Factores de riesgo maternos que influyen en la preeclampsia presente en gestantes que acuden al Hospital Básico Rafael Serrano López, 2020. *La Libertad*. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 2020;(43).
  20. Flores A. Detección de múltiples marcadores moleculares para el diagnóstico de la preeclampsia. [consultado en 2022 Jun 8]. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/553>
  21. Centeno G et al. Universidad de guayaquil facultad de ciencias médicas carrera de

- obstetricia tema: complicaciones fetales asociadas a la preeclampsia en gestantes. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. 2018 [consultado en 2022 Jun 8]. Disponible en: [www.eg.edu.ec](http://www.eg.edu.ec)
22. Camacho A. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. [consultado en 2022 Jun 8]; Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=105873>
  23. Pérez L, Cruz L et al. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. Revista Eugenio Espejo. 2019 Dec 2;13(2):79-91.
  24. Repositorio Digital UNACH: Prevención de preeclampsia en gestantes de alto riesgo: uso de calcio y aspirina. Riobamba 2018. [consultado en 2022 May 29]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8287>
  25. Programa de entrenamiento óptimo durante el embarazo en la prevención de la hipertensión gestacional y preeclampsia: una revisión sistemática-Dialnet. [consultado en 2022 May 30]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7924637>
  26. Repositorio Digital UNACH: Prevención de preeclampsia en gestantes de alto riesgo: uso de calcio y aspirina. Riobamba 2018. [consultado en 2022 May 30]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8287>
  27. Phyllis A et al. Preeclampsia: Prevention-UpToDate. [consultado en 2022 May 30]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention/print#>
  28. Greene M et al. Aspirin to Prevent Preeclampsia. N Engl J Med. 2017 Aug 17;377(7):690-1.
  29. Godínez V et al. Prevención de la preeclampsia con ácido acetilsalicílico. [consultado en 2022 May 29]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94869>
  30. Pan L et al. Pre-existing medical disorders as risk factors for preeclampsia: an exploratory case-control study. <https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/101080/1064195520191667381>. 2019 Oct 2 [consultado en 2022 Jun 19];38(4):245-51. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/10641955.2019.1667381>
  31. Lintula A et al. Hypothyroidism and the increased risk of preeclampsia - interpretative factors? <https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/101080/1064195520201800030>. 2020 Oct 1 [consultado en 2022 Jun 19];39(4):411-7. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/10641955.2020.1800030>
  32. Gasse C et al. Body mass index and the risk of hypertensive disorders of pregnancy: the great obstetrical syndromes (GOS) study. <https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/101080/1064195520201800030>

- edu.ec/101080/1476705820171399117. 2017 Apr 3 [consultado en 2022 Jun 19];32(7):1063-8. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1399117>
33. Mohammadi M et al P. The effect of prepregnancy body mass index on birth weight, preterm birth, cesarean section, and preeclampsia in pregnant women. <https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/101080/1476705820181473366>. 2018 Nov 17 [consultado en 2022 Jun 17];32(22):3818-23. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1473366>
  34. Khader Y et al. Preeclampsia in Jordan: incidence, risk factors, and its associated maternal and neonatal outcomes. <https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/101080/1476705820171297411>. 2017 Mar 19 [consultado en 2022 Jun 19];31(6):770-6. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1297411>
  35. Lugo A et al. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Toko Gin. Pract.*, 317-320 (2022). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1999000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100012)
  36. Quezada M et al. Obesidad pregestacional como factor de riesgo para preeclampsia en el Hospital de Chancay, 2019. 2020; Disponible en: <http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/15173>
  37. Roberts J et al. The Role of Obesity in Preeclampsia. *Pregnancy Hypertens.* 2011 Jan 1 [consultado en 2022 Jun 20];1(1):6. Disponible en: </pmc/articles/PMC3082136/>
  38. Moncloa A et al. Hipertensión en el embarazo. *Revista Perú Ginecología y Obstetricia.* 2018 Jul 16 [consultado en 2022 Jun 20];64(2):191-6. Disponible en: <http://localhost:82/index.php/RPGO/article/view/2077>

# **Capítulo III**

*Incidencia de la muerte materna en Ecuador  
en el período 2017-2019*

***July Josselyn García Vega***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***María Cristina Herrera Armijos***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Eileen Gissela Tamayo Fabara***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Rosa María Zambrano Garcés***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública en países en vías de desarrollo como Ecuador. A nivel global según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el 75 % de casos de muerte materna son causados por hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos, infecciones, complicaciones durante el parto y abortos riesgosos” (1).

En registros estadísticos de la OMS, Ecuador aparece como uno de los países con razón de mortalidad materna (RMM) promedio (110 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos) superior al promedio regional de 68 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (1). El grupo con la tasa de mortalidad materna más alta son las mujeres pobres, indígenas o en zonas urbanas marginales, esto muestra falta de acceso a los servicios de salud, atención deficiente y una serie de factores sociales asociados con la exclusión social (1).

La presente investigación tiene la finalidad de demostrar la situación de la muerte materna en Ecuador entre los años 2017 y 2019. Se busca analizar los factores causales, al existir un incremento gradual de la razón de mortalidad materna, conociendo previamente que este indicador constituye un primordial objetivo para el desarrollo nacional e internacional. Por tanto, deben enfocarse todos los recursos al alcance para que los proyectos destinados a la disminución de la RMM contribuyan a mejorar la calidad de vida de madres y niños.

En la actualidad, la mortalidad materna ha sido identificada como un problema de salud pública, principalmente en los países en vías de desarrollo. Esta situación ha sido identificada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, que se han preocupado por establecer programas que permitan reducir sus índices (2). La OMS define “la muerte materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (1).



Desde este concepto, la OMS identifica defunciones maternas directas e indirectas: “Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo por agravamiento de una dolencia cardíaca o renal” (1). “Las principales complicaciones de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (mayoritariamente, tras el parto); las infecciones (generalmente, tras el parto); la hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia); las complicaciones en el parto, y los abortos peligrosos” (3).

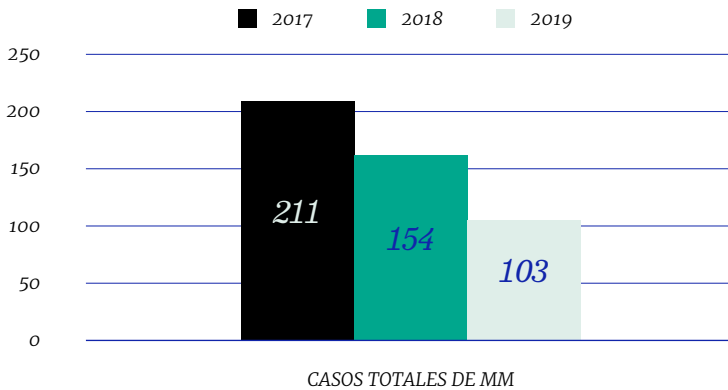
En este contexto, “solo en el 68 % de todos los nacimientos en los países de ingresos bajos, y en el 78 % en el caso de los países de ingresos medianos bajos, participa personal de salud calificado” (4). La OMS menciona varios factores que no permiten que las mujeres embarazadas sean atendidas durante el embarazo o el parto: “fallas del sistema de salud, determinantes sociales como los ingresos, el acceso a la educación; normas de género perjudiciales y/o desigualdades, y factores externos como crisis climáticas y humanitarias” (3).

## *2. Metodología*

Esta investigación es una revisión de los registros estadísticos sobre la incidencia de la muerte materna en el Ecuador durante el período 2017-2019, publicados en “Gaceta de muerte materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador” (5).

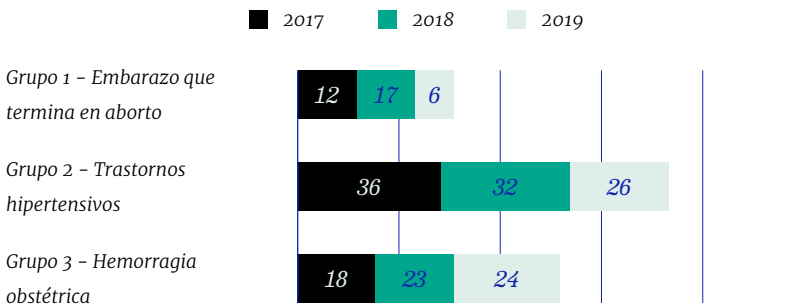
# 3. Resultados

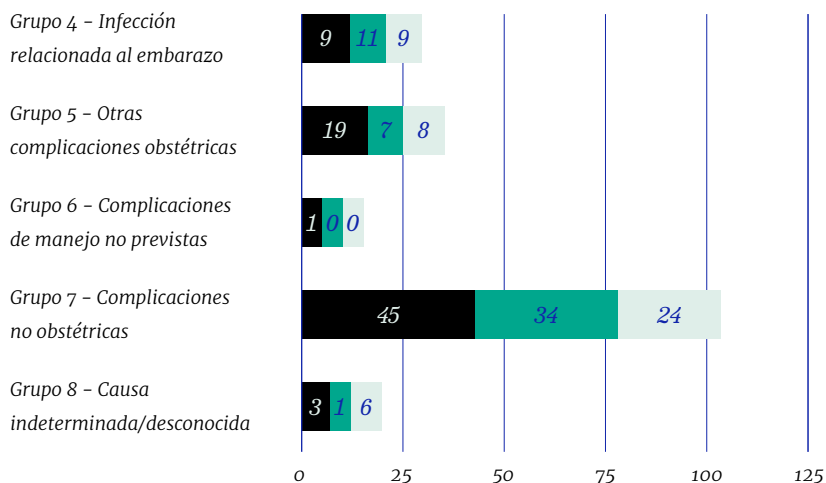
De acuerdo a la información presentada por “Gaceta de muerte materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador” (5), se tomó como muestra 468 casos de muerte materna registrados en los períodos 2017–2019.



**Figura 1.** Casos de muerte materna en Ecuador período 2017–2019 (5).

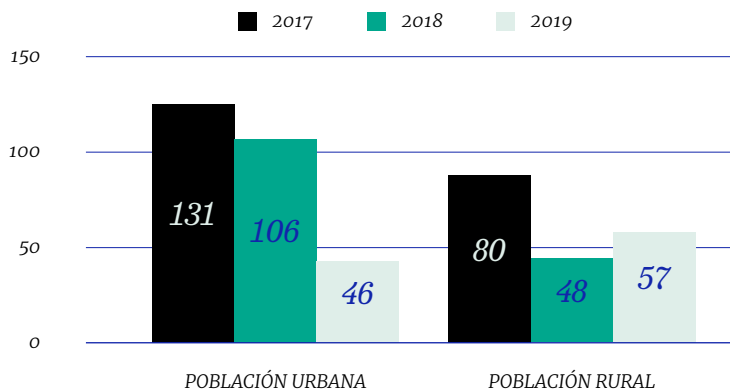
En este estudio se establecen como causas de la muerte materna las siguientes: hipertensión arterial, hemorragias obstétricas y complicaciones no obstétricas (neoplasias, infecciones o trastornos cardiopulmonares, predominan en el número de casos de defunción materna) (5).





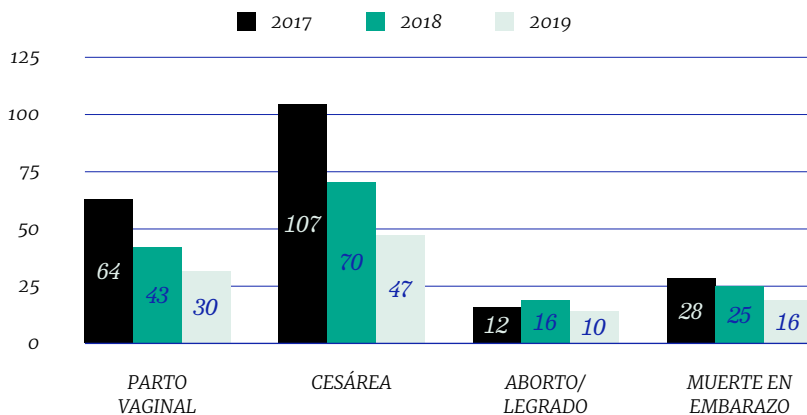
**Figura 2.** Causas básicas de muerte materna por grupos en Ecuador, período 2017-2019 (5).

La muerte materna ocurre en madres que viven tanto en el área urbana o en el área rural (5).



**Figura 3.** Casos de muerte materna según la ubicación del domicilio en Ecuador, período 2017-2019 (5).

De acuerdo al tipo de parto, los casos de muerte materna pueden ser por parto vaginal o parto cesárea. Se menciona también aborto o legrado y muerte durante el embarazo (5).



**Figura 4.** Casos de muerte materna según el tipo de parto en Ecuador período 2017-2019 (5).

## 4. Discusión

De acuerdo a la revisión realizada se observa que la hipertensión arterial, las hemorragias obstétricas, las complicaciones durante el parto y aborto de alto riesgo son las causas de muerte materna en Ecuador (5). El 60 % de la mortalidad materna en Ecuador corresponde a las causas previamente mencionadas frente al 75 % establecido por la OMS a nivel internacional (1).

Se destaca también que en la mortalidad materna intervienen variables de carácter social, económico y psicológico. Debido al elevado número de muertes maternas en el período analizado, 2017-2019, Ecuador ha fomentado la creación de organismos que implementan políticas de prevención y educación en salud para contrarrestar la vulnerabilidad de las mujeres frente a esta realidad. Estos programas están fundamentados en la Norma para

el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) (6).

En este sentido, es necesario educar a las madres en salud gestacional a través del sistema hospitalario y la atención comunitaria en salud. Asimismo, se requiere sostener los sistemas de atención médica para una educación en prevención de la muerte materna (7).

## *5. Conclusiones*

En relación con lo antes expuesto, la muerte materna puede ser producida por las siguientes causas: condiciones hemorrágicas, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), lo cual puede ser prevenido con las señales de peligro tales como: presión alta, sangrado, salida agua de fuente, infecciones, otras. Para reducir los riesgos en el embarazo es importante realizar los controles prenatales para garantizar la vida de la madre y el feto; y, de esa manera prevenir complicaciones por enfermedades preexistentes o por embarazos. Finalmente, se concluye que en la mortalidad materna intervienen aspectos sociales, económicos y psicológicos, por lo tanto, se la debe analizar desde una concepción holística: biopsicosocial.

## *6. Trabajos futuros*

Realizar un estudio sobre la incidencia de muerte materna en el cantón La Troncal.

# Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de Mortalidad Materna, Un Nuevo Acercamiento entre la OMS y UNICEF, en Informe sobre Salud en el Mundo. 2002 [citado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43849>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. 2016 [citado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Say L, Chou D, Gemmill A et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
4. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto. Puede consultarse en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
5. Ministerio de Salud Pública (MSP). Mortalidad Evitable: Gaceta de Muerte Materna SE 50. 2019 [citado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública. CONE en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP. 2013 [citado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
7. Ministerio de Salud Pública. Notificación, auditoría de calidad de la atención en salud y formulación de planes de acción de los casos de muerte materna. Manual. Quito: MSP. 2019 [citado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC\\_00068\\_2019%20NOV%2013.PDF](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00068_2019%20NOV%2013.PDF)



# **Capítulo IV**

*Normas de bioseguridad en embarazadas  
COVID-19*



***Mischel Merlín Delgado Mendoza***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Patricia Alexandra León Hurtado***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Andrea Alexandra Vicuña Palacios***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Rosa María Zambrano Garcés***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

El siglo XXI ha sido caracterizado por la generación de una nueva cepa de coronavirus, denominada SARS-Cov-2, siendo originaria de la ciudad china de Wuhan. Este virus ha dejado consigo numerosas consecuencias en el mundo, siendo Ecuador uno de los países latinoamericanos fuertemente golpeado en los sistemas de salud, por lo cual, en apoyo para rezagar las cifras de contagios, se establecieron medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger a los grupos vulnerables. Dentro de estos grupos se encuentran como prioridad las mujeres gestantes y los niños recién nacidos, ya que, debido a la disminución de la capacidad de poder contrarrestar enfermedades por el debilitamiento del sistema inmune y poco desarrollo en el caso de los recién nacidos, se encuentran en un grado de vulnerabilidad alto.

Por lo cual, la presente investigación tiene la finalidad de conocer cuáles son las normativas de bioseguridad contra el virus COVID-19, específicamente para la atención de mujeres en estado de gestación, que, mediante una revisión bibliográfica se recopila información relevante para esclarecer, desarrollar y analizar el tema de estudio.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, provincia de Hubei, informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero (1).

A partir de ahí, el número de pacientes contagiados fue aumentando exponencialmente en China continental y para el 30 de enero se habían reportado 9 692 casos en toda China y 90 casos en diferentes países incluyendo Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania (2).

*“Entre febrero y marzo se presentaron grandes brotes en Italia y España, quienes se vieron obligados a copiar la conducta de China y someter a toda su población a cuarentena. El 11 de marzo, la OMS declaró el COVID-19 como una pandemia, con 118 319 casos confirmados a nivel mundial” (3).*

Por el momento se denominó al virus como 2019 Novel Coronavirus. El concepto “novel” (novedoso o nuevo) puede referirse a una patología o espectro de indicios o protestas clínicas que se muestran en personas infectadas por este virus o a las probables diferencias que existan entre este COVID-19 y los anteriormente conocidos. A partir de la aparición del SARS en 2002, se ha descubierto un enorme conjunto de SARSr-COVs en murciélagos, que sirven como huésped reservorio natural para dichos virus.

El 20 de enero de 2021, un conjunto de científicos chinos reportó la identificación y caracterización del nuevo COVID-19 (2019-nCoV) así como la sucesión genética del virus, confirmando que compartía el 79,6 % del genoma con el ya conocido SARS-CoV culpable de la epidemia hace 18 años. Adicionalmente, pudieron detectar que el virus es el mismo en el 96 % de su genoma al COVID-19 proveniente de murciélagos (4).

Hasta entonces se conocían un total de 36 tipos. Los virus del núcleo familiar Coronaviridae son de tipo ARN positivo de cadena sencilla, envueltos en capsida que tienen la posibilidad de dañar un extenso rango de animales e inclusive a humanos. Paralelamente, los COVID-19 son clasificados en cuatro subfamilias: alfa, beta, gamma y delta, siendo los alfa y beta originados aparentemente de mamíferos, especialmente de murciélagos, y los gamma y delta de cerdos y aves. Los beta coronavirus pueden causar enfermedades severas y hasta la muerte (5).

Se reportó haber detectado la existencia de un COVID-19 parecido al SARS-CoV en pangolines, muestras de dichos animales presentaban un líquido espumoso en sus pulmones y fibrosis pulmonar. El análisis concluye, con base en la investigación genética de las muestras, que el pangolín era portador de un COVID-19 parecido a SARS-CoV2, por lo cual podría haber sido un pangolín el huésped intermedio entre los murciélagos y los humanos (6).

Inicialmente, la mayoría de los pacientes identificados se habían vinculado directa o indirectamente al mercado de Wuhan, pero algunos casos de personas no vinculadas al mercado, incluyendo familiares de los enfermos fueron reportados. La evidencia sugería que la transmisión persona a persona era posible. De la misma manera que el SARS-CoV se transmite persona a persona por contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias o fómites al estornudar o toser. El virus también ha sido aislado en heces humanas. Debido a que los pacientes con COVID-19 pueden presentar tos, entre otros síntomas, la mejor manera de evitar la propagación de la enfermedad COVID-19 es el aislamiento de los pacientes que presenten los síntomas (7).

### **1.1. Principales protocolos de prevención de coronavirus**

Los principales protocolos de prevención del coronavirus es usar constantemente la mascarilla y cubrir la nariz y la boca para protegerse y proteger a los demás. Mantenerse a seis pies de distancia de personas que permanezcan mucho tiempo en lugares muy aglomerados, recibir la vacuna de COVID-19, evitar las multitudes y espacios cerrados que no tengan ventilación, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón y en caso de no tener esto al alcance se debe usar gel antibacterial (8).

### **1.2. Principales síntomas que produce el COVID-19**

Los síntomas del nuevo coronavirus incluyen; malestar general, tos seca, dolor de garganta, fiebre, disnea (dificultad para respirar). El cuadro inicia con sintomatología respiratoria inespecífica que puede evolucionar a un cuadro más severo. Infiltrados neumónicos invasivos en ambos pulmones (signos radiológicos de neumonía) observables en las radiografías de tórax (9).

Algunas personas se infectan, pero no desarrollan ningún síntoma y no se encuentran mal. La mayoría de las personas (alrededor del 80 %) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de realizar ningún tratamiento especial. Alrededor de 1 de cada 6 personas que contraen COVID-19 desarrolla una enfermedad grave y tiene dificultad para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave (10).

### 1.3. *Normativas de bioseguridad con respecto al cuidado de las gestantes*

Recomendaciones generales a las embarazadas:

- Lavado de manos frecuente y con jabón durante al menos 20 segundos.
- Al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado.
- Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan la transmisión.
- Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y desecharlos tras su uso.
- Evitar aglomeraciones y transporte público o limitar las relaciones sociales.
- Fuera de la casa y ante posibilidad de contacto social, aun respetando la distancia de seguridad (>2 m), se recomienda llevar mascarilla.
- Desinfección de todas las superficies y objetos al alcance.
- Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.
- Limitar las relaciones sociales.
- Limitar las visitas en hospital y casa durante la epidemia.

En caso de sintomatología, auto aislarse en el domicilio y ponerse en contacto con los servicios sanitarios según las recomendaciones vigentes en la comunidad autónoma (11).

Las embarazadas que son asintomáticas deben controlarse a sí mismas en el hogar para detectar las características clínicas de COVID-19 durante al menos 14 días. Estas pacientes deben controlarse con ultrasonidos de crecimiento fetal bimensuales y evaluaciones Doppler debido al riesgo potencial de restricción del crecimiento intrauterino. Por otro lado, las embarazadas

con neumonía por COVID-19 deben ser tratadas por un equipo multidisciplinar en un centro de atención médica (12).

#### **1.4. Manejo del embarazo frente al COVID-19**

Cuando se sospeche o se confirme un caso de COVID-19 en una paciente embarazada que asiste a una emergencia o una consulta obstétrica, la primera indicación a seguir es trasladarla a una sala de aislamiento propuesta por el Ministerio de Salud Pública en centros públicos y privados mediante la resolución nro. 000005 del 27-3-2020. Sería necesario realizar una historia clínica completa a fin de establecer factores de riesgos que se han demostrado predisponen a complicar el manejo de la enfermedad del COVID-19, como son: hipertensión arterial crónica, diabetes gestacional, asma, VIH, cardiopatías, hiperlipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y condiciones obstétricas actuales como el trabajo de parto prematuro (13).

Los casos posibles deben permanecer aislados, bajo precauciones de aislamiento por contacto y por gotas. Si el cuadro clínico no lo precisa y se puede garantizar el aislamiento domiciliario, estas personas pueden permanecer en su domicilio, no siendo necesario un ingreso hospitalario, incluso mientras esperan el resultado de la prueba para no someter a la mujer a esperas innecesarias. A toda paciente que acuda con síntomas de infección respiratoria aguda se le colocará una mascarilla quirúrgica. Es la primera medida de protección para el personal sanitario que la atiende y para la población en general. Se comprobará la viabilidad y el bienestar fetal, mediante ecografía en función de las semanas de embarazo (14).

Debe tenerse en cuenta que los pacientes con COVID-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. El reconocimiento de gravedad en presencia de neumonía se realizará de forma inmediata en la valoración inicial si hay presencia de insuficiencia respiratoria. Las pacientes se pueden clasificar según la gravedad de las infecciones respiratorias en casos leves, moderados, severos (15).

## *2. Metodología*

Para el desarrollo de la presente se aborda un enfoque de investigación cualitativo, de tipo descriptivo, en donde se procede a recopilar información con respecto a las normativas de bioseguridad implementadas en los sistemas de salud, para la prevención de COVID-19 para salvaguardar la salud e integridad de gestantes, el método de investigación documenta y recopila datos no numéricos, por lo que se extrae toda la información de fuentes bibliográficas netamente académicas e informativas, ya sea revistas como Redalyc, Scielo, Dialnet, Pubmed, Sciencedirect, Uptodate, artículos científicos, tesis, y demás fuentes confiables; con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

## *3. Resultados*

Basado en los acontecimientos suscitados por el virus COVID-19 en la salud del ser humano, es preciso aseverar que las normativas de bioseguridad se han emitido para poder contrarrestar el contagio por el virus y las secuelas que este podría ocasionar, entre ellas la más perjudicial pudiendo generar la muerte por complicaciones.

Es por ello que el manejo del control prenatal de las gestantes en los sistemas de salud, debe regirse de acuerdo a estas medidas de bioseguridad ya que les protege de un posible contagio al momento de acudir a una institución de salud.

La OMS con la emisión de las normativas de bioseguridad pretende prevenir enfermedades y preservar la vida, aun mas tratándose de mujeres embarazadas.

Una vez recopilada la información, se precisa y evidencia el correcto proceder de las autoridades pertinentes, con respecto a la estipulación de lineamientos y medidas de bioseguridad obligatorios en todas las dependencias medicas del país, esto con el objetivo principal de salvaguardar la integridad física de los pacientes, minimizando el contagio masivo, precautelando la salud de las madres en estado de gestación, niños recién nacidos, y la ciudadanía en general.

**Tabla 1.** Principales normativas de bioseguridad para el cuidado respectivo de gestantes.

AUTOR	NORMATIVAS DE BIOSEGURIDAD MÁS IMPORTANTES
Herrera Velásquez María del Rosario	Lavado de manos Separación física interpersonal Descontaminación de superficies Uso de mascarillas
Herrera Mauricio	Evitar el contacto cercano con personas enfermas Al estornudar, cúbrase con la parte interna del codo Usar tapabocas Limpie y desinfecte los objetos y las superficies que se tocan frecuentemente
Gómez Marly	Lavado de manos Tomarse la temperatura Aislamiento Mantener el distanciamiento Evitar aglomeraciones

En la tabla se evidencia que las normas de bioseguridad más prevalentes para cuidados frente al COVID 19 en embarazadas, son las normas de bioseguridad establecidas por los MSP se evidencia que los autores se basan en los protocolos del MSP para educar a dicha población.



## 4. *Discusión*

De los artículos encontrados en las bases de datos, se seleccionaron 10, y con esto se inició la compilación de la información, donde el tema central fue normas de bioseguridad en COVID- 19 para el cuidado respectivo de gestantes.

De acuerdo a los autores mencionados en la tabla 1 las normas de bioseguridad más importantes para evitar el contagio o propagación de COVID-19 en gestantes son las normas establecidas en los protocolos del MSP. El personal de salud mantiene las medidas de bioseguridad, tanto en establecimientos públicos como privados, brinda la educación adecuada para evitar el contagio del virus al momento de asistir a los controles prenatales.

## 5. *Conclusiones*

Es claro que el COVID-19 ha dejado consigo varios estragos desfavorables para la salud física y psicológica de la ciudadanía en general, debido al contagio masivo que se ha esparcido exponencialmente, generando dolencias, afectaciones físicas, psicológicas, muertes, y demás.

Siendo las mujeres embarazadas un grupo prioritario, en el cual es preciso y urgente evitar su contagio, se ha estudiado, analizado y concluido que las autoridades pertinentes, el Gobierno nacional, junto al Ministerio de Salud han establecido los correctos lineamientos y normativas de bioseguridad mismos que son aplicados por los centros hospitalarios, además de dar a conocer los síntomas para que tengan una mayor prevención en vista de las repercusiones que podría causar el virus.

Además, el equipo médico, las mujeres gestantes y el área de atención prenatal, tienen obligatoriamente que cumplir con las normativas e indicacio-

nes dispuestas por el Ministerio de Salud Pública para proteger la salud y la integridad de la madre y del recién nacido.

## *6. Trabajos futuros*

Realizar un estudio sobre la aplicación de los protocolos de bioseguridad en mujeres gestantes y el área de atención prenatal en los centros hospitalarios en el cantón La Troncal.

# Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad; 2021 [citado en 2021 mayo 25]]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>.
2. Rothan , Byrareddy. Epidemiología y patogenia del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Diario de autoinmunidad. 2020 mayo; 109(102433).
3. Kamps S, Hoffmann. Covid Reference. Sexta Edicion ed. Verlag S, editor. Hamburg MV: Steinhäuser Verlag; 2021.
4. Huang , Wang , Li X, Ren , Zhao , Hu. Clinical features of patients infected with 2019 novel oronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 enero; 395(10223).
5. Marty , Jones. The novel Coronavirus (SARS-CoV-2) is a one health issue. One Health ed. Elsevier , editor.: Editorial Commentary; 2020.
6. Zhang T, Wu , Zhang Z. Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. Current Biology. 2020 abril; 30(7).
7. Koury , Hirschhaut. Acta Odontologica Venezolana.; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>.
8. Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias CDC. Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias; 2021 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
9. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/lineamiento-operativo-coronavirus-FINAL\\_02-2020.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/lineamiento-operativo-coronavirus-FINAL_02-2020.pdf).
10. Gómez, M. PROTOCOLO Lineamientos para la prevención COVID-19 e Inocuidad de los Alimentos.; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo\\_prevenci%C3%B3n\\_covid-19\\_inocuidad\\_alimentos.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo_prevenci%C3%B3n_covid-19_inocuidad_alimentos.pdf).

11. Herrera Velázquez, M. Ministerio de Sanidad. Salud Publica; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_re-cien\\_nacido.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_re-cien_nacido.pdf).
12. Herrera, M. Riesgo M. Gaceta Médica; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/covid-19-nuevo-protocolo-para-mujeres-embarazadas/>.
13. Vargas J, López , Pérez R. SOCIEDAD DOMINICANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: [https://www.flasog.org/static/COVID-19/Guias\\_de\\_manejo\\_Embarazo-COVID\\_19\\_SDOG-2.pdf](https://www.flasog.org/static/COVID-19/Guias_de_manejo_Embarazo-COVID_19_SDOG-2.pdf).
14. Suy JLDMA. Gobierno de España - Ministerio de salud; 2020 [citado en 2022 junio 15]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_re-cien\\_naci](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_re-cien_naci).
15. Flor Cuadrado CFNOAT. Ministerio de salud publica; 2020 [citado en 2022 junio 15]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas\\_2020.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas_2020.pdf).
16. Secretaria de Salud. Centro de Información Sobre Desastres Y Salud; 2020 [citado en 2021 mayo 27]. Disponible en: [http://www.desastres.hn/COVID-19/covid-19guiasprovisionalesresumidasyextendidas/Atencion.Embarazadas,Parto,Puerperio\\_Covid-19.pdf](http://www.desastres.hn/COVID-19/covid-19guiasprovisionalesresumidasyextendidas/Atencion.Embarazadas,Parto,Puerperio_Covid-19.pdf).
17. Estefanía PPP. Percepción de la paciente embarazada sobre la asistencia a los controles prenatales durante la pandemia por covid-19. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Enfermería. 2021 marzo.
18. Mejía Cinicio LM. Complicaciones del embarazo y características clínicas en gestantes infectadas por covid-19 del hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz 2020. 2021 octubre.
19. Cupul-Uicab LA, Hernández-Mariano JÁ, Vázquez-Salas A, Leyva-Lopez A, Barrientos-Gutierrez T, Villalobos Hernández A. Covid-19 durante el embarazo: revisión rápida y metaanálisis. Salud Publica Mex. 2021;63(2, Mar-Abr):242-252. doi:10.21149/11810
20. Macchia de Sánchez Carla Lorena VTUV. Vacunación contra COVID y embarazo. Duazary. 2021 julio; 18(3).
21. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. COVID-19 y la producción de conocimiento sobre las recomendaciones en el embarazo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2020; 28.



# **Capítulo V**

*Protocolo de bioseguridad para consultorios  
odontológicos en pandemia COVID-19*

***Angélica Lizbeth Buestán Rodríguez***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Magaly Elizabeth Bustamante Paucar***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Josselin Antonella García Rivera***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Rosa María Zambrano Garcés***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

La pandemia por COVID-19 se desarrolló simultáneamente con varios desafíos en los diferentes ámbitos que se desarrolla la sociedad. El virus puso a prueba la preparación de los seres humanos en pleno siglo XXI para combatir una situación inigualable. Para nadie es un secreto que al representar este nuevo virus una emergencia sanitaria, el área más afectada a nivel mundial ha sido el sistema de salud en todos los países del mundo. En este ámbito, para la odontología, el control de sus procesos durante la pandemia ha sido considerado un gran desafío, ya que se han debido generar y ejecutar adecuadas medidas de prevención, identificación y gestión para la mitigación de una mayor propagación de este virus, pues de esta forma se trata de precautelar la salud tanto del profesional médico a cargo del procedimiento correspondiente, así como el de su paciente (1).

El área odontológica del sector público, durante la pandemia, trató de atender a los pacientes que tenían procedimientos urgentes y de emergencia, mientras que muchos sitios odontológicos privados cerraron a nivel nacional por el miedo de contagio, ya que esta profesión es considerada la de más riesgo en relación al COVID-19. Por esto, para precautelar la salud del profesional y paciente, el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas (FFAA), la Federación Odontológica Ecuatoriana (FOE) y la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, desarrollaron un protocolo para atención odontológica en emergencias y urgencias durante la emergencia sanitaria. Este es aplicado de forma obligatoria por los establecimientos públicos y privados del país que brindan los servicios odontológicos (2).

Según lo menciona International Journal of Interdisciplinary Dentistry (3), este virus se propaga principalmente de persona a persona de modo directo a través de gotitas provenientes de la vía aérea y secreciones respiratorias expelidas al hablar, toser o estornudar, las cuales entran en contacto con mucosas orales, nasales y oculares de otra persona. Es por esta razón que la



profesión odontológica se convierte en la de mayor riesgo de contagio durante esta pandemia.

De esta manera, los profesionales odontólogos deben estar conscientes que la forma rutinaria en la que se atendía anteriormente se ha visto modificada por un largo periodo de tiempo, ya que el riesgo de contagio es mayor posiblemente al momento de atender a pacientes asintomáticos y por la naturaleza misma de la forma en que se deben de trabajar los diferentes procedimientos, así lo afirma Suárez et al. (4). Dado esto, los organismos dedicados a precautar la salud en el ámbito odontológico, que en Ecuador son el MSP, la FOE, entre otras, ejecutaron medidas de bioseguridad que deben ser cumplidas por los establecimientos de salud dental ya sean estos públicos o privados.

A modo de ejemplo de los protocolos de atención en consultas odontológicas durante la emergencia sanitaria por COVID-19, Trujillo (5) menciona que en una clínica dental “como si fuera a operar, la odontóloga viste todo el equipo de protección. El paciente antes de ingresar al consultorio pasa por doble desinfección de calzado, toma de temperatura y entrevista para descartar síntomas de COVID-19. Luego le colocan una bata, un babero y le cubren el rostro con el ‘campo de ojo’, tela antilíquido, con un agujero en el área de la boca”.

Dado el alto riesgo de contagio al que está expuesto el profesional odontológico, teniendo en cuenta que las gotas de aerosol producidas durante la práctica odontológica son las principales rutas para el contagio y propagación de esta patología, se considera propicio que el personal encargado de los diferentes procedimientos buco dental sepan ejecutar correctamente los protocolos de bioseguridad para la atención odontológica que se han dado a conocer mediante las páginas web de los diferentes organismos de salud del país. En este sentido, esta investigación analiza los protocolos de bioseguridad para la atención odontológica aplicados en pandemia COVID-19.

## 2. Metodología

Mediante una investigación bibliográfica se recopiló información relevante del tema enfocada en el análisis de los protocolos de bioseguridad para la atención odontológica aplicados en pandemia COVID-19.

Es un estudio de alcance descriptivo-exploratorio de enfoque cualitativo ya que se ha podido analizar los datos pertinentes para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de investigación. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (6).

También se ha utilizado como técnica de investigación la observación debido a que desde aquí parte la identificación del problema y apoya al investigador a obtener los datos más relevantes respecto a las variables que se desea investigar.

De acuerdo con Escudero y Cortez (7) para realizar una observación propicia y con las que cumple este estudio son las siguientes:

- Tener un propósito bien planteado o específico.
- La observación debe ser sistemática y cuidadosa.
- Deber determinarse su duración y frecuencia.
- Debe ser confiable y valedera.

# 3. Resultados

## 3.1. Repercusiones del COVID-19

La situación actual que está viviendo el mundo entero, originada por la pandemia de COVID-19 ha llevado que toda la comunidad odontológica se encuentre en la búsqueda de información de medidas que le permitan controlar el cuadro clínico dental dentro del establecimiento de salud odontológica. Este es un virus altamente contagioso más del doble de la gripe común. Sus principales vías de transmisión como se puede observar en la tabla 1 incluyen la transmisión directa y la indirecta, la saliva ha sido confirmada como vía de transmisión. Este virus también puede persistir en superficies durante algunas horas o hasta varios días, de esta forma el dentista se convierte en un profesional de riesgo de contagio al trabajar constantemente en presencia de la mayoría de estas vías de transmisión (8).

**Tabla 1.** Vías de transmisión (8).

VÍAS DE TRANSMISIÓN DIRECTA	CONTACTO INDIRECTO CON
Tos	Mucosa oral
Estornudo	Mucosa nasal
Inhalación de gotitas	Conjuntiva ocular
Saliva	Fómites
Oro-fecal	Saliva
Persona a persona	

Dada estas circunstancias, la atención odontológica se ve afectada principalmente en el momento de ejecutar los diversos procesos que son necesarios para los pacientes, pues se sabe que en la práctica dental es fundamental el

contacto cercano y frecuente con el paciente pues de otra forma la consulta no se podría llevar a cabo. De acuerdo con Ramírez et al. (9) el paciente tose o estornuda y el profesional corta tejidos duros de las piezas dentales o usa instrumentos ultrasónicos durante los tratamientos de la boca, lo que puede provocar que las secreciones, saliva o sangre del paciente salpiquen, y sin haber las medidas de protección adecuadas, las partículas grandes o pequeñas de gotas suspendidas en el aire, podrían llegar a la conjuntiva, mucosa bucal o nasal del profesional, causando infección.

### 3.2. Protocolos

El Gobierno ecuatoriano tomó varias medidas de prevención e incluso restringió varias actividades. El MSP y el IESS emitieron el “Protocolo para la atención odontológica en emergencias y urgencias odontológicas durante la emergencia sanitaria por COVID-19” (10), donde se explica con claridad cuáles son los únicos procesos que se deben llevar a cabo durante la pandemia y que debían ser cumplidos en establecimientos odontológicos tanto públicos como privados.

Las emergencias y urgencias se pueden observar con detalle en la tabla 2. Es importante mencionar que en la actualidad se atienden los procesos de cualquier tipo en clínicas y hospitales dentales del país.

**Tabla 2.** Emergencias y urgencias odontológicas durante COVID-19 (10).

EMERGENCIAS	URGENCIAS
Son aquellas en las que los pacientes corren un potencial riesgo de vida y cuyo tratamiento debe realizarse solo en ambiente hospitalario.	Son aquellos tratamientos que requieren atención inmediata para aliviar dolor o riesgo de infección y cuyo tratamiento deberá ser atendida en el primer nivel de atención y de ser necesario debe ser referido a un nivel de mayor complejidad.
Sangrado incontrolable-hemorragia (CIE10 K08.8) Celulitis o infecciones difusas de tejidos blandos que comprometan las vías aéreas (CIE10 K122)	Pulpitis (CIE10 K040) Necrosis pulpar (CIE10 K041) Pericoronaritis (CIE10 K052) Alveolitis (CIE10 K103)

Traumatismos graves cráneo faciales que involucren huesos faciales, lo que puede comprometer las vías respiratorias del paciente. (CIE10 S06)  
Luxación de la articulación temporomandibular (CIE10 S030)

Abscesos periapicales (CIE 10 K04.6-K04.7)  
Abscesos periodontales (K04.7)  
Fracturas dentarias que involucren dolor (CIE 10 S02.5)

En este contexto, se comprende que la salud bucal en Ecuador recibe el impulso desde el sector público y del privado; los cambios vertiginosos en la legislación, así como de la tecnología la colocan a la vanguardia en la región. Las instalaciones e infraestructuras de los servicios de salud oral son de buena calidad con fácil acceso a los pacientes y familiares que sienten comodidad y satisfacción en estos servicios (11).

En salud bucal se espera siempre que, a más de estas particularidades, se oferte un servicio de calidad y calidez integral, donde el tiempo adecuado para la atención odontológica se base más en la eficiencia y no en la relación tiempo versus el número de atenciones. De esta manera, antes de que ocurriera la pandemia, los que se describen a continuación eran los protocolos de bioseguridad que se ejecutaban durante la atención del paciente. A continuación, se describen los protocolos utilizados dentro de un establecimiento dental (12), descritos en el manual de bioseguridad para los establecimientos de salud (13):

**A) Antes del primer paciente:**

- Dejar que el agua fluya por las mangueras y accesorios que contienen la jeringa triple, el mango y el micromotor durante al menos tres minutos.
- Iniciar la aspiración con líquido que contenga desinfectante, aproximadamente 20 segundos
- Limpiar con agua y jabón mesas, escupideras, mangueras, sillas, apoyabrazos, asientos, etc. Luego realice procedimientos asépticos con desinfectantes.

**B) Entre paciente y paciente:**

- Deje correr el agua durante aprox. 30 segundos.
- Desinfecte la escupidera con agua corriente durante un minuto y luego frótela con jabón desinfectante con un cepillo. Hay que eliminar todo tipo de suciedad para que no se acumule.
- Las piezas de mano, los mangos acodados y las jeringas triples deben limpiarse con gasas que contengan un desinfectante biocompatible.
- Todas las diferentes partes del equipo dental deben cubrirse con papel crista Flex o película flexible.
- Como cualquier otra herramienta, la sembradora debe limpiarse y esterilizarse
- Se debe desinfectar la lámpara y sus piezas.

**C) Al finalizar la jornada de trabajo:**

- Utilice desinfectante aproximadamente tres minutos en todas las herramientas utilizadas.
- Limpiar toda la unidad de trabajo, prestando especial atención a las zonas más utilizadas.
- Desinfectar los pisos, especialmente alrededor del sillón dental.
- Utilice agua tibia que contenga un desinfectante para limpiar los eyectores durante tres minutos.

**D) Al finalizar la semana:**

- Limpieza y desinfección general de la oficina.
- Limpieza y desinfección de sillones dentales.
- Mantener, limpiar y lubricar herramientas manuales y micromotores (13).

El ambiente de atención dental puede traer consigo el riesgo de infección de COVID-19 en la actualidad, debido a la especificidad de sus procedimientos, que implica la comunicación cara a cara con los pacientes y la exposición frecuente a saliva, sangre y otros fluidos corporales, y el manejo de instrumentos afilados. Sin embargo, con las debidas medidas de protección y protocolos de bioseguridad se puede trabajar en un entorno seguro, tanto para el paciente como para el profesional.

Es por esta razón que los entes encargados de la salud dental de los ciudadanos en el país, emitieron el protocolo general de atención odontológica (10). A continuación, se describe la información más relevante emitida en este informe:

**A)** Antes de realizar una consulta odontológica de acuerdo con los protocolos emitidos por el Ministerio de Salud con el Protocolo de Gabinete de Ministros N° 4684 de 2014 y/o situaciones de emergencia o emergencia, los odontólogos y asistentes dentales deben tener en cuenta:

- No use accesorios como aretes, relojes, anillos, colgantes, corbatas, etc. en el lugar de trabajo.
- No use sandalias con los dedos abiertos.
- Si tienes el pelo largo, guárdalo y utiliza un gorro desechable.
- No llevar barba ya que el respirador no se adhiere correctamente a la piel.
- Use uniformes limpios.

**B)** Para utilizar el equipo de protección de manera efectiva y evitar la contaminación, los procedimientos de eliminación adecuados y sanitarios del equipo de protección personal (EPP) deben incluir los siguientes pasos:

Antes de la atención:

- Higiene de manos.
- Colocación de uniforme o pijama quirúrgica / mandil.

- Colocación de bata quirúrgica. Nudo a un costado. Cubre todo el torso.
- Colocación de respirador N95 o su equivalente. Ajuste hermético de respirador.
- Colocación de gorro quirúrgico. Cubrir ambas orejas.
- Colocación de gafas protectoras. Ajuste perfecto.
- Segunda higiene de manos.
- Colocación de guantes de manejo. Colocación sobre los puños de la bata descartable.
- En caso de ruptura de guantes: higiene de manos y colocación de nuevo par de guantes de manejo.
- Realizar la historia clínica y/o el tratamiento planificado en el consultorio odontológico.

**C)** Los pacientes deben usar mascarilla adecuada, antes y después de recibir la atención odontológica. Se debe recordar que el lavado de manos es fundamental, tomando en cuenta los cinco momentos en los que se debe aplicar:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica.
- Después de riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

**D)** A la hora de limpiar y desinfectar equipos y superficies después de cada procedimiento odontológico, se deben tener en cuenta las medidas de esterilización y antiséptico emitidas por la OMS y el MSP, ya que los virus pueden permanecer en superficies inanimadas a temperatura ambiente hasta por 9 días.



Cuidados posteriores:

- Quitarse los guantes.
- Retiro gafas de seguridad. Colóquelos en una solución que contenga jabón enzimático o agua con jabón. Evite salpicaduras de agua.
- Retire el gorro quirúrgico. Retirar lenta y cuidadosamente. Asegúrese de que el interior quede hacia afuera
- Retire lenta y cuidadosamente la envoltura y desate el nudo de un lado. Saca la capa del cofre. Enrolla la capa del revés. Deseche el traje de protección en residuos biológicos infecciosos.
- Quitar el respirador N95 o equivalente. Coloca las dos bandas elásticas detrás de las orejas. Retirar con cuidado. Deseche los desechos biológicos infecciosos en un contenedor (funda roja) siguiendo los procedimientos de eliminación adecuados.
- Es importante recordar que luego de ejecutar cada paso se deben limpiar cuidadosamente las manos.

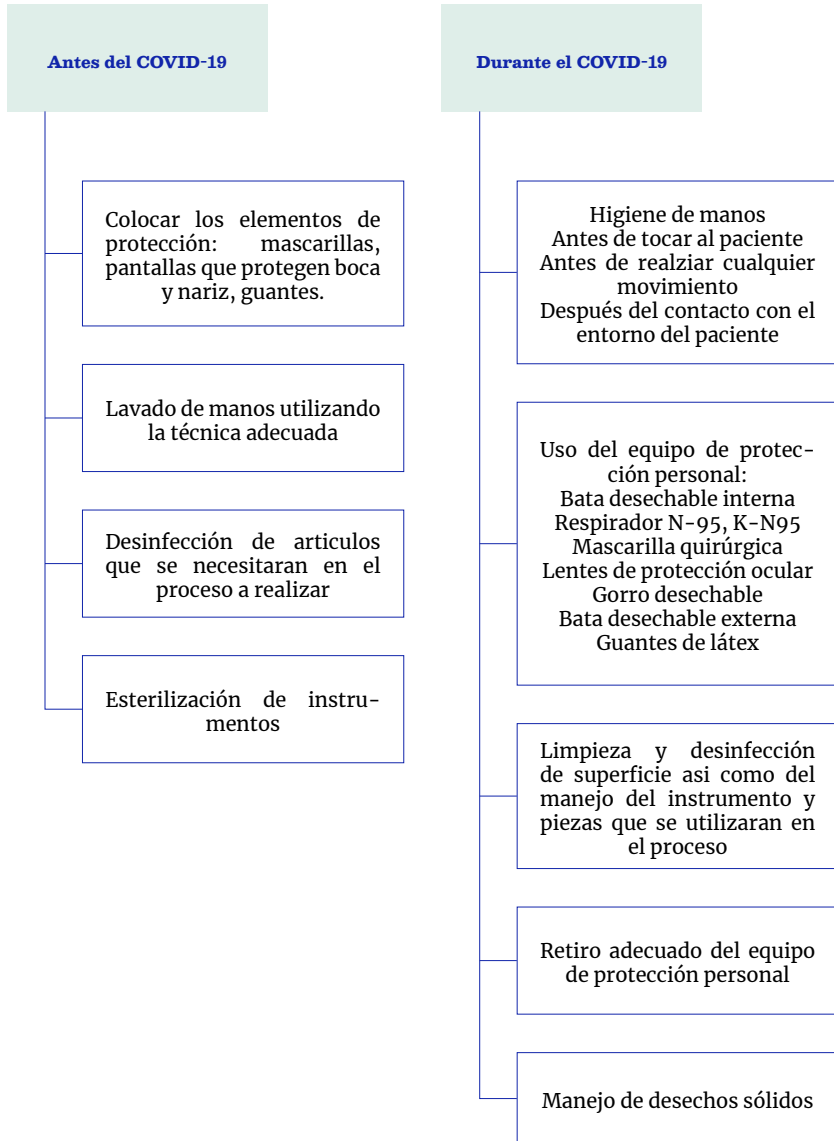
## 4. *Discusión*

Se determina que la repercusión más representativa que ha tenido COVID-19 en la odontología es el cambio que se da al momento de atender al paciente durante la emergencia sanitaria, pues según lo mencionado por Ramírez et al. (9) ahora se deben utilizar protocolos de bioseguridad con el único objetivo de precautar la salud del profesional y del paciente. Sin embargo, para Suarez et al. (4) es importante revelar que COVID-19 ha traído consigo un enorme descalabro no solo en todo lo que conlleva el ámbito de la salud sino también económico para la mayoría de profesionales del área odontológica, considerando que en el sector privado los gastos por la adquisición de herramientas de seguridad son admitidos por los propios odontólogos.

Los protocolos de bioseguridad han cambiado respecto a los que se llevaban a cabo antes de la pandemia. De acuerdo con lo que menciona Gavilanes (14), estas medidas se basan en la experiencia, pautas e investigaciones relevantes y guías de gestión de emergencias para la prevención y control de las infecciones que se pueden ocasionar en los establecimientos odontológicos. Los protocolos son importantes ya que los tratamientos odontológicos se deben seguir desarrollando, pues las interrupciones de estos pueden ocasionar graves problemas de salud en los pacientes así lo aclara Sigua et al. (15).

El brote de COVID-19 claramente ha puesto en riesgo de infección a los profesionales de la salud buco dental, así como lo fundamenta Verdera (8), es por esta razón que es de gran importancia que sepan identificar correctamente a pacientes contagiados con COVID-19 y conozcan las medidas de protección que se deben utilizar para la atención odontológica de estos pacientes y de esta manera evitar su transmisión. Por otro lado, Trujillo (5) aclara que antes de la pandemia de COVID-19 los profesionales odontológicos recibían en promedio 140 pacientes en el día, mientras que durante la pandemia se tuvo que reducir al 50 %, esto para acatar las medidas de bioseguridad que resguardan la salud de los odontólogos.

Dado que las rutas de transmisión comunes de este nuevo virus están en el aire, la primera diferencia que se observa es que en la actualidad el paciente, así como el profesional debe de cumplir ciertas normas antes, durante y después de la consulta dental. Como se puede observar en la figura 1 los instrumentos primordiales son la mascarilla y los guantes que por la pandemia deben de ser utilizados antes de tener el primer contacto con el paciente, mientras que anteriormente se utilizaba desde el momento en que se iba a comenzar el procedimiento respectivo. En la actualidad también se debe de tener mucho cuidado al momento de retirar el equipo utilizado durante la consulta. Entre las diferencias mencionadas, se puede determinar que en la actualidad los protocolos de bioseguridad en la atención dental son mucho más estrictos y conllevan mucho más tiempo y gastos para los diferentes establecimientos odontológicos, que los ejecutados antes de esta contagiosa enfermedad.



**Figura 1.** Comparación de protocolos de bioseguridad antes y durante COVID-19 (10,12,13).

## 4. Conclusiones

La odontología en tiempos de coronavirus tiene desafíos que son permanentes, repercutiendo las medidas de bioseguridad en el desarrollo de la consulta y atención dental, redefiniendo el concepto de urgencia o emergencia, entre otras tantas. Es por este motivo que todo el personal debe de estar consciente de la importancia de la aplicación de ciertas medidas preventivas de contagios que deben implementarse durante el brote de SARS-CoV-2.

La profesión odontológica y del personal que lo apoya determina que sus procedimientos sean considerados dentro de las más riesgosas de contagio de COVID-19. Por esta razón, se observa una gran diferencia entre el protocolo de bioseguridad utilizado antes de la pandemia y durante la misma, pues estas medidas son obligatorias para evitar contagiar y contagiarse de cualquier infección ya que el profesional odontológico desarrolla sus actividades cerca de todas las vías de transmisión de esta peligrosa enfermedad denominada COVID-19.

Es difícil predecir cuál será el efecto total de la pandemia de coronavirus en el mundo dental, por eso los odontólogos deben estar familiarizados con los mecanismos de prevención del contagio directo de este nuevo virus, así como de las posibles infecciones cruzadas o en las vías de transmisión del virus.

## 5. Trabajos futuros

Realizar un estudio de la aplicación de los protocolos de bioseguridad en los consultorios o centros odontológicos en el cantón La Troncal.

# Referencias bibliográficas

1. Huayanca I, Martínez J, Gamarra G, Mattos M. Bioseguridad en Odontología en el contexto de COVID-19. *Odontoestomatología*. 2022; 24(39): p. 308.
2. Gobierno del Ecuador. Aportes interinstitucionales permitieron la generación del “Protocolo para Atención Odontológica durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19”. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3SWDhab>
3. Editorial. La Odontología en los tiempos del coronavirus-COVID-1. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*. 2020; 13(1): p. 1-2. doi: 10.4067/S2452-55882020000100002
4. Suárez S, Campuzano R, Dona M, Garrido E, Giménez T. Recomendaciones para prevención y control de infecciones por SARS-CoV-2 en odontología. *Odontología*. 2020: p. 5-32. doi: 10.29166/odontologia.vol22.n2.2020-5-32
5. Trujillo Y. El riesgo de contagio es alto en cita odontológica; se sigue un protocolo. El comercio; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3QTVrXk>
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
7. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica: Universidad Técnica de Machala; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3sRDJf9>
8. Verdera S. Protocolo de Atención en Odontología Restauradora ante la emergencia sanitaria COVID-19. *UdelaR*. 2020: p. 1-6.
9. Ramírez M, Medina P, Morocho A. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y su repercusión en la consulta odontológica: una revisión. *Odontol. Sanmarquina*. 2020; 23(2): p. 139-146.
10. Ministerio de Salud Pública e Instituto de Seguridad Social del Ecuador. Protocolo para atención odontológica en emergencias y urgencias odontológicas durante la emergencia sanitaria por COVID-19. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3QPejaa>
11. Federación Odontológica Ecuatoriana. Tiempos de Odontología. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3QNrybn>

12. Vidal S, Castrillo M. Protocolos de bioseguridad en la práctica odontológica durante la pandemia de SARS-CoV-2. Una revisión en Latinoamérica. *Revista Digital La Pasión Del Saber*. 2022; 12(22): p. 80-93.
13. Ministerio de Salud Pública. Bioseguridad para los establecimientos de salud. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/46sqHm4>
14. Gavilanes P. Odontólogos adoptan varias medidas para su reapertura. *El Comercio*. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3RbxcW4>
15. Sigua E, Bernal J, Lanata A, Sánchez C, Rodríguez J, Haidar Z, et al. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica. *Int. J. Odontostomat*. 2020: p. 299-309.



# **Capítulo VI**

*Accidentes y sus consecuencias en los adultos  
mayores en Ecuador*



***Cristhian Alexander Jachero Martillo***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Blanca Eloísa Ortega Malusín***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Jonathan Gonzalo Ortiz Pico***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# *1. Introducción*

En los últimos tiempos, los adultos mayores han adquirido una visibilidad social importante, debido a las complicaciones que la ancianidad presenta en la salud. Según Pérez (1), una persona que llega a la tercera edad es propensa a tener una condición de vida difícil, puesto que llega a perder la mayor parte de su actividad social, sintiéndose excluido en su entorno.

Las caídas son los incidentes que se presentan con mayor frecuencia. Son los síndromes geriátricos más significativos, que tienden a dejar traumas severos, ya sea físicos o mentales, generando una complicación en la vida diaria de los adultos mayores. Así, el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar los accidentes en adultos mayores en el Ecuador, demostrando conceptos y teorías relevantes, de los accidentes y consecuencias más frecuentes en esta población.

Esta investigación dará a conocer los puntos donde se deben tener cuidado especiales con los adultos mayores, a partir de un enfoque cualitativo y por medio del análisis de artículos científicos, libros y tesis de posgrado. Es importante recordar que el presente estudio es de vital importancia para socializar y mejorar la prevención de las caídas de los adultos mayores.

# *2. Metodología*

El presente trabajo de investigación se desarrolló mediante una revisión bibliográfica con un enfoque cualitativo. Se realizó una búsqueda en plataformas virtuales como: Latindex, Scopus, Pubmed, Biblioteca Virtual de la Universidad Católica de Cuenca, entre otros, utilizando los conectores booleanos “AND” y “OR”.

## 3. Resultados

Para comenzar, según un estudio sobre lesiones, en “América Latina y el Caribe las lesiones traumáticas ocasionan 10 % de la mortalidad y 18 % de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad. Las lesiones son un problema de salud pública porque se encuentran vinculadas a la discapacidad, a la disminución de la calidad de vida y al incremento del número

de años de vida potencialmente perdidos” (2). Por otro lado, “las lesiones demandan una mayor inversión de recursos económicos, sociales y humanos, la planeación de programas especializados y la redefinición de prioridades en salud” (3).

En México (4), un estudio halló que debido a las diversas enfermedades que deterioran y reducen la movilidad, se tiene que las lesiones de los adultos mayores son consideradas relevantes en el ámbito de la salud. Durante los últimos años, una de las principales causas de muerte en los adultos mayores han sido las caídas involuntarias. Esto crea una carga de mortalidad y morbilidad en adultos mayores que genera altos costos para los sistemas de salud.

Según Manrique (5), en 2003 los accidentes en adultos mayores en México tuvieron lugar entre las diez principales causas de mortalidad en el rango de 65 años en adelante. Asimismo, según un estudio realizado por Navarro (6) acerca de los accidentes en este grupo vulnerable, hubo dos acusas principales de muerte por lesiones: accidentes de tránsito (primera causa específica de muerte) y caídas (primera causa de mortalidad hospitalaria), generando un 35,7 % de lesiones y 14,9 % de muertes en el mismo año.

Según Gonzáles (7), al transcurrir varias décadas de vida, el cuerpo se verá afectado en diversas maneras, es decir, los adultos mayores son vulnerables a sufrir pérdida de capacidad locomotora, por lo que, según este estudio, las personas de 60 años de edad, un 15 % de ellos presentaron ciertas alteraciones, un 35 % a los 70 años y a los 85 años un 50 %.

Otro estudio acerca de las caídas en adultos mayores, realizado en un Hospital de Quito en el Ecuador, se dice que al menos el 53,5 % ha sufrido una caída, que han generado lesiones significativas en la salud, también 15 casos presentaron fracturas en los accidentes (caídas). Además, los adultos mayores que sufrieron caídas el 71,8 % no recibieron atención por la institución de salud pública, el 28,2 % tuvo que acudir a servicios clínicos particulares (8).

Según Alvarado (9), en Cuenca se realizó otro estudio comprendido por 489 adultos mayores, donde las caídas destacan con el 33,9 %, en donde se dio a conocer que presentaron mayor prevalencia de caídas los > 74 años (43,1 %), de sexo femenino (40,9 %), sin pareja (45,1 %), y con alteraciones nutricionales (64,8 %). El riesgo de caída según la escala de Dawton fue: riesgo alto 32,1 % y riesgo bajo 67,9 %. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas.

Por otro lado, el trabajo de Galarza (10), enfocado en la prevención de caídas en el adulto mayor, en Ecuador, evidencia mediante encuestas que la mayor parte de estos accidentes suceden en las actividades de aseo como la ducha, ya que sus extremidades son débiles y el poco equilibrio afecta en sus movimientos.

En un estudio de evaluación del riesgo de caída en adultos mayores, realizado en el Centro de Salud Nro. 9 de la ciudad de Quito, se halló que “en los ancianos estudiados, las principales alteraciones de la marcha que se detectaron fueron en la trayectoria (el 67,35 % de los casos tuvieron una desviación moderada de la trayectoria al caminar), el dar la vuelta al caminar (el 35,71 % de los casos necesitó ayuda para esto, y el 2,05 % fue incapaz de dar la vuelta), y el caminar sobre obstáculos (el 63,27 % de los casos necesitó ayuda para esto)” (11).

Según Silva (12), averiguando las causas intrínsecas que causan la caída, el 45,5 % presentaron alteración del equilibrio, seguido del 27,3 % con debilidad muscular. Entre las causas extrínsecas se tuvo que el 36,4 % fue por uso de zapatos inadecuados y el 20,5 % por caminar en piso resbaladizo.

Para terminar, Rubenstein (13) afirma que las caídas contribuyen con más del 40 % de los ingresos en los asilos. Adicionalmente, del 50 % sucedidas en adultos mayores, son provocados por lesiones, sin embargo, no todas las caídas tienden a tener efectos graves, por ejemplo, contusiones y abrasiones.

### 3.1. Envejecimiento

Según Salvador (14), el envejecimiento es claramente un procesos orgánico o fisiológico de nuestra genética natural, que tiene lugar desde que se nace hasta la muerte, es un proceso natural que tiene todo ser vivo. En el hombre se traduce en un conjunto de alteraciones moleculares, genéticas, celulares, tisulares y orgánicas que afectan a su morfología, fisiología y comportamiento.

De este modo, se sabe que el proceso de envejecimiento es algo natural del ser humano y no es homogéneo, sin embargo, es correcto decir que existen diferencias en las condiciones de salud según el sexo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc. (5).

El proceso de envejecimiento esta diferenciado en varias teorías, puesto que en el lapso del tiempo, las personas tienen diferentes maneras de llegar a envejecer. Unas lo hacen más pronto que otras, debido a que algunas personas practican algún deporte y mantienen una buena alimentación, lo que ayuda a retrasar el proceso y reducir sus signos visibles.

### 3.2. Adulto mayor

Se denomina adulto mayor o de la tercera edad, a las personas de una edad avanzada, haciendo referencia a la población de los ancianos. Estas personas mayores, por causas biológicas al trascurso de muchos años de vida, tienden a sufrir deterioro del físico, la cual es conocido como vejez. El término “anciano” se ha dejado de usar dentro de los grupos dedicados al cuidado de la salud, de ahí que la expresión “adultos mayores” sea utilizada en América Latina y “personas mayores” en España y Argentina (15). “Según la OMS las personas que tengan de 60 a 74 años de edad, son consideradas de una edad avanzada, personas de 75 a 90 años de edad consideradas ancianas o viejas, y los que sobrepasan los 90 años, son consideradas longevas” (16).

### 3.3. Cambios en el adulto mayor

Se sabe que el envejecimiento es un escenario biológico totalmente natural, dentro de un proceso de cambios dinámicos, progresivos e irreversibles, el cual tiende a afectar de una u otra manera a la salud de la funcionalidad del cuerpo. Los principales cambios que se dan en el envejecimiento son:

- Cambios en la figura corporal: debido al envejecimiento del cuerpo la grasa corporal tiende a perderse de forma, disminuyendo la grasa subcutánea, principalmente en los abdominales, produciendo un cambio significativo en la figura corporal, además, los diferentes músculos y ciertos órganos tienden a perder células.
- Cambios en los signos vitales: dentro de los cambios de signos vitales incluye la temperatura corporal, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y la presión sanguínea, las cuales en la vejez se modifican.
- Cambios en el sistema cardiovascular y sanguíneo: es frecuente que en los adultos mayores se presente enfermedades cardíacas y vasculares, ya que estos son trastornos más comunes en ellos, debido al cambio en el sistema sanguíneo y cardiovascular. Los soplos diastólicos son siempre anormales. Frecuencias cardíacas de 40 latidos/minuto pueden ser normales (17).

### 3.4. Caídas en adultos mayores

Según Rubenstein (13), una caída está definida como una persona que cae en una superficie a un nivel inferior al que su cuerpo se encontraba, a veces una sección corporal golpea un objeto que interrumpe la caída. Existen acontecimientos provocados por trastornos agudos, es decir, por convulsiones o movimiento ajenos. Por lo tanto, es diverso y muy extenso el concepto de caída, sin embargo, se hará hincapié en las caídas en adultos mayores.

Según Fernández (18), las caídas amenazan la independencia de las personas mayores y provocan una serie de consecuencias socioeconómicas y personales. Sin embargo, los médicos a menudo pasan por alto las caídas en pacientes por lo demás sanos, porque la historia y el examen físico a menudo no toman esto en cuenta. Muchas personas mayores no quieren reportar

una caída porque creen que están envejeciendo o porque les preocupa la reducción de su actividad o su hospitalización.

### **3.5. Causas y efectos de las caídas en adultos mayores**

La caída es una causa frecuente, que conlleva a una morbilidad y mortalidad en el adulto mayor causando internación en centros hospitalarios. La prevalencia de las caídas entre las edades 65 a 69 años ocurren un quinto, y los mayores de 80 años presentan hasta dos quintos. El 80 % de las caídas ocurren en el hogar y el 20 % fuera del él (19).

Mientras mayor edad tiene el paciente, es más frecuente las caídas por los cambios existentes en el envejecimiento que predisponen a estos eventos, los cuales se limitan a la declinación de las actividades diarias. Este factor puede ocasionar dependencia total o parcial por las complicaciones como fracturas, hemorragias internas, neumonía aspirativa, lesiones de tejidos blandos, entre otros:

- Reducción del control muscular y aparición de la rigidez.
- Alteraciones de reflejos posturales.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones de la agudeza visual.
- Alteraciones neuroendocrinas.
- Alteración de barorreceptores y reducción de flujo cerebral (20).

## 4. Conclusiones

Los adultos mayores sufren caídas en sus actividades cotidianas debido a que sus extremidades son débiles y mantienen poco equilibrio en sus movimientos.

En Ecuador existe un importante número de adultos mayores que han sufrido accidentes que requieren de un cuidado especial. Estos accidentes pueden dejar traumas, físicos y psicológicos; por otro lado, existe una gran probabilidad que los ancianos tiendan a sufrir caídas involuntarias por su estado físico natural.

## 5. Trabajos futuros

- Planes de intervención de enfermería sobre consecuencias de accidentes en adultos mayores.
- Planes de educación enfocados en la prevención de caídas en las unidades de salud.
- Fomentar cuidados de prevención de caídas en el hogar.



# Referencias bibliográficas

1. Pérez De Alejo-Plaín A, Roque-Pérez L, Plaín C. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. 2020 abril; 59(276).
2. Guadalupe M, González R, Salgado De Snyder N. Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. Salud Pública de México. 2017 diciembre; 50(6).
3. Peden M, McGee K, Injry. Lesiones: una de las principales causas de la carga mundial de morbilidad Washington: World Health Organization; 2019.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: Santiago de Chile; 2018.
5. Manrique Espinoza, Salinas Rodríguez, Moreno Tamayo, Téllez Rojo. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública de México. 2018 febrero; 53(1).
6. Navarro Suárez, Morales González M, Coronados Valladares Y, Viltres Martínez M, Andrade González A, Alba Gelabert J. Riesgo de caída en adultos mayores atendidos en el hospital de Rehabilitación 'Julio Díaz'. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2020 mayo; 12(3).
7. González, López, Collado. Factores de riesgo que predisponen caídas en adultos mayores, región Centro Norte de Nicaragua Nicaragua: Libros Editorial Unimar; 2017.
8. Cabrera Trelles G, López Flores G. Factores de riesgos asociados con las caídas en adultos mayores en el Hospital de atención Integral de adulto mayor (HAIAM) en la ciudad de Quito. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2019.
9. Alvarado Astudillo LI, Astudillo Vallejo CE, Sánchez Becerra JC. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcal Cuenca. [Tesis de pregrado, Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médica]. 2017.

10. Galarza Orbes. Elaboración de talleres de capacitación al grupo “Cáritas” enfocados en la prevención de caídas en el adulto mayor al realizar sus actividades dentro del hogar en la isla de Muisne en el periodo noviembre 2017–abril 2018. Título Licenciatura. Quito: Universidad del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Prehospitalaria y Desastres; 2018.
11. Gallo Chicaiza E, Morillo Medina E. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica del centro de salud número 9 comité del pueblo. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina]. 2018.
12. Silva–Fhon JR, Partezani–Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes–Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*; 2019 marzo. 16(1).
13. Rubenstein L. Caídas en las personas mayores. Manual MSD. 2019 abril.
14. Salvador Carulla, Cano Sánchez, Cabo Soler R, Gómez Gómez. Longevidad Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida Madrid: Médica Panamericana; 2017.
15. Altamar, Curcio, Rosso, Osorio, Gómez. Evaluación del mareo en ancianos en una clínica de inestabilidad, vértigo y caídas. *Acta Medica Colombiana*. 2018 marzo; 33 (1).
16. Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo a través del instrumento Whoqol–Bref. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Área académica de Psicología]. 2020.
17. Corujo Rodríguez, Pérez Hernández DdG. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2019.
18. Fernández Ordinola K, Henríquez Torres A. Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65–80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
19. Valdivia López, M. Prevalencia, riesgo y factores asociados al síndrome de caídas en adultos mayores atendidos en los servicios de consultorio externo del Hospital Goyeneche. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina]. 2019.
20. Romero Zumárraga P. Evaluación de equilibrio, marcha y riesgo de caída en adultos mayores de la población del “Valle Del Chota” de Etnia Afrodescendiente. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud]. 2020.



# Capítulo VII

*Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia intrafamiliar en adultos mayores*

***Steffania Del Cisne Cordero Pozo***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Amada Isamar Lozano Robles***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Richard Eduardo Pesantes Gómez***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

La violencia intrafamiliar es una problemática persistente y que en la actualidad aún es muy persistente. Se evidencia un sinnúmero de casos relacionados a maltratos físicos y psicológicos que afecta principalmente a grupos vulnerables, tales son los adultos mayores. El índice de violencia intrafamiliar en adultos mayores se ha tornado más preocupante en cada país alrededor del mundo, debido a varios factores como la dependencia emocional o financiera que tienen con otras personas, una dependencia surgida de la incapacidad que tienen por realizar tareas como aseo personal o movilidad. Además, existen disputas familiares que generan actos violentos físicos o verbales que causan daño y sufrimiento al adulto mayor.

Con el fin de describir las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia intrafamiliar en adultos mayores, se prioriza el desarrollo de esta investigación que concierne en la búsqueda de información pertinente, con la cual se logre asumir responsablemente el cuidado y protección al adulto mayor, tanto para el núcleo familiar como para las autoridades. Así, esta investigación aporta a nuestro crecimiento profesional y académico con información adecuada para dar atención pertinente a los ancianos, a través de la eliminación de factores discriminatorios, además de ofrecer apoyo profesional ante la identificación de este tipo de violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) evidencia que el alcance del problema con respecto al maltrato que sufren las personas de edad avanzada es importante para la salud pública. En el año 2017 se realizaron las revisiones respectivas según estudios y se evidencia que en 28 países uno de cada seis individuos (15,7 %) de 60 años o más fueron objeto de alguna forma de maltrato.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2), en el año 2002, realizó su asamblea mundial cuyo tema fue el envejecimiento. Dicha asamblea se desarrolló en Madrid-España, en donde se establecieron políticas y un plan de desarrollo en los que se aseguraron los derechos y la participación para la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores, entre las que desta-

caron la participación activa y oportuna para continuar contribuyendo a la sociedad para el bienestar personal.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3), en su informe mundial sobre la violencia y la salud, se estima que entre los 15 y 60 años de edad alrededor de 1,6 millones de vidas se pierden, siendo el 14 % con mayor prevalencia en el género masculino, mientras que el 7 % se presenta en el género femenino, afectados por varios tipos de violencia, entre ellos la violencia interpersonal.

El adulto mayor es una persona vulnerable, tanto física como psicológicamente, por ello alrededor del mundo se han producido casos de violencia intrafamiliar dirigida a dicho grupo, quebrantando su integridad, disfrute de su vida, salud y participación en la comunidad de manera efectiva.

Según el informe de la OMS citado en Olloa y Barcia (4), la población de ancianos desde el año 2000 hasta 2050 crecerá en un 22 %, siendo entonces la violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor un problema social que no debe de ser tomado a la ligera. Es un problema que prevalece desde hace muchos años en varios países, entre ellos, la ONU (5) señala que tan solo en algunos países desarrollados el índice de maltrato a las personas mayores se encuentra entre un 1 % y 10 %, siendo importante una respuesta oportuna para la protección de los derechos vulnerados como medida de prevención sobre las consecuencias que se generan, tanto al individuo como al sector sanitario.

El maltrato familiar a los adultos mayores es originario desde el siglo XI, donde en varias culturas los ancianos eran sacrificados por la improductividad que representaban al llegar a cierta edad. Tan solo en 2015 las cifras tienen una tendencia creciente de manera alarmante en Latinoamérica: países como Colombia, Brasil y Panamá representaron un 38 % de reportes sobre violencia intrafamiliar siendo las víctimas los ancianos. Por otro lado, en Argentina y Chile se estimó que más de 33 600 adultos mayores sufrían de violencia en su núcleo familiar. En Estados Unidos un 8 % del total de su población de adultos mayores de alrededor de 65 años eran maltratados, cabe señalar también que un 20 % de ancianos no solamente son maltratados por familiares, sino también dentro de instalaciones de cuidado destinadas específicamente a tratar con personas mayores (6).

Entre los principales victimarios, la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (6) indica que son los hijos adultos en un 44,4 % de presencia en este tipo de violencia. Un 14,6 % los cónyuges, 9,7 % la pareja sentimental y un 17 % otros miembros familiares. En lo que concierne al tipo de violencia intrafamiliar, con un 95 % se encuentran los actos de maltrato psicológico, un 85 % maltrato verbal, un 66,3 % humillaciones y un 40 % en amenazas de muerte.

En Ecuador, de acuerdo con la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento período 2009-2010 (7), un 7,2 % de adultos mayores encuestados indicaron haber sufrido de amenazas proporcionalmente a provocación de daño, siendo la mayor cifra en mujeres con un 7,3 %. Además, un 4,9 % fueron víctimas de maltrato físico como empujones y el 2,3 % había recibido amenazas de parte de sus familiares para dejarlos en un asilo de ancianos.

Para 2021 estas cifras crecieron, así lo afirma Machado (8), quien hace énfasis en que las cifras de abandono, violencia física, psicológica y emocional afectan al 60 % de la población de los adultos mayores, tomando en cuenta que el crecimiento desde 2010 hasta 2020 ha sido predominante, pues en este último año se contabilizaron 1 310 297 ancianos en el territorio ecuatoriano.

Martínez y Pérez (9) proponen una herramienta para identificar y denunciar la violencia contra el adulto mayor: la visita domiciliaria de profesionales de la salud en los hogares. Así se puede detectar de manera temprana las alarmas de violencia en el hogar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.1. *Violencia intrafamiliar***

De acuerdo con Mas (10) la violencia intrafamiliar son actos contra la integridad de un individuo correspondientes. Por otro lado, la OMS (11) afirma que la violencia intrafamiliar en adultos mayores es un hecho que origina daños de diversos tipos en la persona. En ciertas ocasiones este maltrato también se puede originar a la ausencia de reglas o medidas necesarias para evitar los prejuicios sobre una persona de edad dentro del ámbito familiar.

La violencia intrafamiliar forma parte de la violación de derechos humanos, que sin duda puede dejar traumas psicológicos y físicos, debido a las diversas formas de presentarse (11). “La disminución de la capacidad funcional y



cognitiva del adulto mayor, puede llevarlo a padecer algún tipo de dependencia y a sufrir o no violencia dentro de su propio núcleo familiar” (12).

Según Enamorado (13), se considera violencia intrafamiliar a cualquier acción realizada dentro del núcleo familiar, es decir, en el hogar, suscitada por uno y varios integrantes de la familia que provoquen perjuicio psicológico o físico a otros miembros. Por otro lado, en el enfoque sobre la violencia o el maltrato a los ancianos en el seno intrafamiliar, ya sea por personas encargadas de su cuidado o los mismos miembros de su familia, resulta irrefutable y comprende actos contra su integridad física, psicológica, descuido de su nutrición, vestido, albergue, así como de su atención médica (12).

### 1.2. Factores de violencia intrafamiliar en adultos mayores

Algunos factores individuales que aumentan el riesgo y la probabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar son la dependencia utilitaria, cierta discapacidad mental o física que le impida al adulto mayor realizar sus actividades normalmente o los bajos recursos económicos para mantenerse saludable (14).

Por otro lado, hay diversos factores que intervienen individualmente al cometer maltrato hacia las personas mayores de edad. Estos factores pueden darse por problemas de adicción a sustancias, problemas mentales o simplemente el hecho de ser dependiente del adulto mayor (13).

*“En el ámbito de las relaciones, su tipo, por ejemplo, matrimonial o de pareja, o entre padres e hijos, y el estado civil pueden estar asociados con un riesgo elevado de maltrato, aunque estos factores varían según el país y la región” (15).*

### 1.3. Tipos de violencia

La violencia intrafamiliar, según Ricaurte (16) puede adoptar muchas formas:

- **Física:** uso de la fuerza para herir, provocar dolor, incapacidad o muerte, para obligar al adulto mayor a hacer lo que no desea.

- **Psicológica:** agresiones verbales o gestuales con el objetivo de atemorizar, humillar, prohibir la libertad o aislar al adulto mayor de la convivencia social.
- **Financiera:** exploración impropia o ilegal, y uso no consentido de recursos económicos.
- **Sexual:** actos o juegos sexuales de carácter homo o heterosexual que utilizan al adulto mayor, para obtener excitación, relación sexual o prácticas eróticas.
- **Negligencia o abandono:** negativa, omisión o fracaso por parte del responsable del cuidado, ausencia o deserción del responsable por los cuidados necesarios al adulto mayor.

#### 1.4. *Consecuencias de la violencia intrafamiliar en adultos mayores*

De acuerdo con Lachs (17), la violencia intrafamiliar en adultos mayores, tiende a acarrear varias consecuencias, como ocasiona todo maltrato físico o verbal; estas consecuencias se presentan en el adulto mayor originando problemas físicos, mentales, financieros y sociales, como por ejemplo se pueden presentar traumas corporales como son diversos tipos de lesiones ocasionados por golpes del agresor familiar, traumas psicológicos, destrucción financiera y el impulso voluntario de ingresar de manera precipitada a un asilo de ancianos como recurso desesperado.

##### 1.4.1. *Consecuencias físicas*

Como punto a resaltar Choez (18) concluyeron que, entre las consecuencias de la violencia intrafamiliar de tipo física, el agresor busca los puntos más fáciles como la cabeza, ejecutar pellizcos en los brazos piernas o torso, así como también golpes, de lo cual genera:

- Equimosis en la piel.
- Hematomas correspondientes a un mayor trauma causando dolor por más días.

Por otro lado, las consecuencias físicas pueden variar en conformidad al ni-

vel de agresividad con el que se genere la acción, en relación con los golpes en la cabeza si se producen con gran fuerza pueden llegar a provocar un sangrado cerebral que deriva a un hematoma y presenta síntomas como: vómitos, conmoción, deterioro de memoria, dolores de cabeza y desequilibrio (19).

#### **1.4.2. Consecuencias psicológicas**

La violencia física al adulto mayor da cabida a consecuencias psicológicas que la mayoría de las veces se elude al pensar que estas pueden ser solo a nivel físico, sin embargo, dentro de las consecuencias a nivel psicológico, Escalona (20) hace énfasis en los más recurrentes:

- Depresión
- Demencia
- Tristeza
- Comportamiento suicida
- Estrés
- Enfermedades psicosomáticas
- Pérdida de confianza y autoestima
- Sentimientos de culpabilidad

Es así como los adultos mayores tienden a ser más vulnerables por el ciclo mismo de la vida y de los nutrientes que, con el pasar de los años, van perdiendo. Por ello las consecuencias del maltrato y la recuperación es mucho más grave y larga.

#### **1.5. Prevención**

Actualmente existen varias intervenciones de programas de prevención del maltrato intrafamiliar en adultos mayores, sin embargo, la mayoría de ellas son realmente limitadas para llegar a tener una efectividad certera en esta problemática social.

Las estrategias de prevención de maltrato al adulto mayor, consideradas más efectivas son:

- Intervención por parte de cuidadores particulares, quienes se encargan de brindar servicio personal para aliviar la dependencia del adulto mayor.
- Programas de ayuda monetaria a fundaciones para personas mayores vulnerables.
- Implementación de teléfonos de asistencia y hospedajes de emergencia netamente para adultos mayores, juntamente con los equipos necesarios de emergencia sanitaria para responder cualquier problema de diversos ámbitos: “Incluidos el de justicia penal, atención médica, atención de la salud mental, servicios de protección de adultos y atención crónica” (21).

## *2. Metodología*

El tipo de investigación aplicado para el desarrollo de la presente investigación centra sus esfuerzos en la aplicación de un enfoque cualitativo-argumentativo, en donde se realiza un análisis descriptivo y documental, indagando la problemática central y analizando datos bibliográficos directamente de fuentes académicas-científicas. Dichas fuentes fueron tesis, revistas, libros, entre otros.

Por su lado, el enfoque descriptivo dio lugar a la evidencia de ciertos criterios que requieren ser conceptualizados, para esclarecer la temática propuesta y expandir los lineamientos de investigación requeridos con respecto a la violencia intrafamiliar a nivel general. Se busca dirigir el marco específico hacia el grupo de estudio señalado, evidenciando las consecuencias del maltrato hacia los adultos mayores dentro del ámbito familiar, para luego realizar los análisis respectivos, pretendiendo emitir argumentos propios acerca de las ideas de autores que señalan información sustancial de este problema

social. Vamos a indicar las prevenciones necesarias para que, de cierta forma, se pueda concientizar a la sociedad en general, pretendiendo disminuir los índices de maltrato en adultos mayores, la tasa de mortalidad a causa de lo mencionado y permitir que dicho grupo mantengan un equilibrio físico y mental adecuado.

## 3. Resultados

La información obtenida durante el desarrollo de la investigación permitió poner en evidencia los aspectos más relevantes acorde a la temática planteada con referencia a la violencia intrafamiliar en la población de adultos mayores. Los resultados más significativos muestran las consecuencias del acto, mismas que se enmarcan en secuelas físicas, psicológicas, sociales, e incluso sexuales. En concordancia con las consecuencias psicológicas, se evidencia tristeza, depresión, estrés, demencia, ideación suicida y sentimiento de culpa. Por otra parte, se evidencian las secuelas de la violencia física como moretones en la piel y hematomas, teniendo en cuenta que las consecuencias físicas varían conforme al nivel de agresión.

En un estudio realizado sobre violencia intrafamiliar en Perú (12), se observó una dominancia del sexo femenino con un 55,8 %, sin embargo, fue más predominante el grupo de edades entre 65 y 69 años con 23,6 %. Algo similar ocurrió en un estudio realizado en Pinar del Río (22), en el cual predominaron los adultos mayores del sexo femenino sobre el masculino con un 63,4 %, al pertenecer este sexo al grupo de edad de 60-64 años (19,2 %), fue el sexo femenino el más maltratado en más del 60 % de la muestra.

Según Fernández (22), en un estudio que se realizó en Perú, existió una preponderancia de la violencia financiera con 53,1 % y en la investigación realizada en Pinar del Río (13) se evidenció que los tipos de maltratos más frecuentes fueron el psicológico, la negligencia y el financiero, con 90,9 %, 84,8 % y 69,7 %, respectivamente.

Los factores de riesgo que se vinculan a la violencia intrafamiliar son varios,

por ejemplo: la incapacidad del adulto mayor por desarrollar actividades de su diario vivir debido a la notoria dependencia de uno o varios miembros de su familia para ejercer su movilidad. Según diversos autores (18,20), uno de los factores de riesgo más remarcables constituye el bajo nivel de escolaridad. Se han realizado varios estudios con muestras generalizadas, en donde los resultados más sobresalientes dicen que los abuelos escolarizados hasta la secundaria básica, para casi un 80 % del total de la muestra, evidencian muestras de violencia intrafamiliar en su entorno. Así pues, los autores aseguran que, al no poseer un nivel de escolaridad superior, el adulto mayor se encuentra mayormente predispuesto a sufrir de maltratos, ya que no se sienten en la capacidad y el derecho de defender su espacio.

Según Rodríguez (23), al ya no obtener un ingreso económico para subsistir el adulto mayor se vuelve incapaz de manejar su vida por sus propios medios. De acuerdo con Molla (24), las personas que entran a una edad avanzada ya no son capaces de producir ingresos y son considerados como un producto no rentable, por lo que consecuentemente son desechados del proceso productivo y dados de baja en el ámbito económico.

Los adultos mayores son más propensos a sufrir de violencia emocional, es decir, sienten mayor afectación e incurre en la generación de problemas psicológicos y pensamientos depresivos, se aíslan aún más y con mayor frecuencia, ya que, a pesar de haber entrado a una nueva etapa en el ciclo de su vida, se disminuyen sus capacidades físicas. Todo ello los vuelve objeto de burla e incomprendiones por parte de los mismos miembros del núcleo familiar.

Es importante resaltar que en los países de América Latina los adultos mayores son considerados como personas que cumplieron un ciclo productivo y ante los ojos de ciertos miembros de la misma familia, dicha finalización del ciclo tiende a ser asociado con aspectos laborales. Es decir, el adulto mayor pierde la capacidad laboral y sufre el abandono por parte de sus familiares, ya que se asumen que no tienen nada más que al núcleo familiar.

En cuanto a las estrategias de prevención de violencia intrafamiliar, se evidenció que el apoyo legal por parte de las instituciones y el Estado es notorio en dicha población. Se evidencia como resultado prioritario la aplicación de las estrategias de la siguiente manera:

- **Prevención primaria:** consiste en un proceso jerárquico y estandarizado que motiva a la población a brindar la ayuda necesaria a quienes lo necesiten, fomentando la resolución de los conflictos familiares a través del dialogo sin dar paso a la generación de actos violentos, fomentando los valores con respecto a la masculinidad, la prevención del machismo, la feminidad, las relaciones sanas en las parejas, y la importancia de la convivencia familiar armónica (21).
- **Prevención secundaria:** consiste en desarrollar planes de intervención, mismos que permitan generar motivación, sensibilización y cambio en la población identificada como agresora, de manera que se genere un cambio en los paradigmas, y un cuestionamiento con respecto a la cultura de maltratos (21).

Los autores mencionados concuerdan que un mecanismo para detectar la violencia en adultos mayores son las visitas domiciliarias realizadas por el personal de salud, ya que esta acción ayuda a identificar de manera temprana a aquellos adultos mayores víctimas de violencia, abuso y abandono (22,23,24). Sin embargo, a pesar de la difusión de estrategias de apoyo y concientización, los índices de violencia intrafamiliar contra el adulto mayor no muestran disminución alguna. Por ello se resalta la necesidad latente de la implementación de procesos adecuados rigurosos de atención integral, que cubran las necesidades del adulto mayor y defienda los derechos de cada uno de ellos, es prioritaria la participación de todos los sectores, para permitir la sensibilización a la sociedad y lograr disminuir los índices de violencia registrados en dicho grupo (22, 23, 24).

## 4. *Discusión*

Es importante realizar un análisis de la problemática investigada, considerando lo plasmado en estudios previos realizados por diversos autores, donde se ha presentado información relevante que facilita la comprensión del problema, es así que, en la publicación de Mundo (25), realizada en Perú, se indicó que en una muestra de 30 adultos mayores, que el 87% fueron víctimas de algún tipo de violencia en su hogar, con predominio en el sexo femenino, siendo los principales agresores los hijos y/o nietos, con violencia psicológica en el 87%, física en el 53%, económica en el 37% y negligencia en el 17%, afectando considerablemente su estado emocional, salud y su calidad de vida.

Esta información coincide con la presentada por López et al. (26), quienes en su estudio indicaron que, en una muestra de 100 adultos mayores, se reflejó la existencia de casos de violencia intrafamiliar psicológica y física en este grupo etario, con consecuencias como sentimientos de soledad, tristeza, indiferencia por parte de sus seres queridos y poca demostración de afecto, lo que ha llevado a desarrollar depresión y ansiedad, afectando su bienestar psicológico y siendo necesario el empleo de mecanismos de afrontamiento al estrés como la religiosidad. De este modo se evidencia que la violencia intrafamiliar genera consecuencias preocupantes en la calidad de vida, la salud y el bienestar físico y emocional de los adultos mayores que la padecen.

En concordancia con lo informado por Jerez et al. (27), quienes caracterizaron las consecuencias de la violencia intrafamiliar en este grupo etario, reflejando que las más propensas a la violencia en el hogar son las mujeres mayores y las personas de entre 76 a 90 años, con una incidencia de casos del 43%, generando como consecuencia psicológica la insatisfacción con la vida y como consecuencia física lesiones que generan malestar y afectación funcional en dependencia del grado de lesión; esta información concuerda con la publicada por Casanova et al. (28), donde se resalta que los maltratos más frecuentes en los adultos mayores son el psicológico en el 91,4 %, la negligencia en el 78,3 % y el maltrato financiero en el 52,2 % de los casos



estudiados, siendo combinados los 3 en el 50 % de la muestra, propiciando diversos grados de afectación emocional en este grupo poblacional.

Así como también se detalla en la investigación de Fernández et al. (29), donde se estudiaron 100 adultos mayores mediante aplicación de escalas de depresión y de violencia en el adulto mayor, demostrando mediante la aplicación del coeficiente Rho de Spearman la existencia de una correlación directa entre el maltrato intrafamiliar y la depresión ( $p = 0,656$ ), cuyos resultados coinciden con los obtenidos por García (30), en su investigación aplicada a 250 adultos mayores, donde se encontró a través de la misma prueba estadística una correlación significativa alta entre la violencia intrafamiliar y la ansiedad ante la muerte de este grupo etario ( $p = 0,660$ ), lo que demuestra la influencia que tiene la violencia en el hogar en la salud emocional y física de quien la padece.

Considerando lo anteriormente expuesto, se evidencia la afectación generada en los adultos mayores a causa de la violencia intrafamiliar que padecen en sus hogares, lo que ha llevado a la realización de diversos estudios que coinciden con el desarrollo de depresión, ansiedad, temor, sentimientos de soledad, abandono y falta de afecto como consecuencia de la violencia psicológica, siendo el signo más preocupante la insatisfacción con la vida, mientras que dentro de las consecuencias de la violencia física se han descrito diversas lesiones que en ocasiones más severas han afectado su capacidad funcional; al ser víctimas de violencia intrafamiliar, los adultos mayores sufren una considerable afectación de su calidad de vida, su salud y su bienestar físico y emocional, siendo necesario el diseño de medidas de intervención que promuevan la eliminación de la violencia en el hogar..

## 5. Conclusiones

La violencia intrafamiliar al adulto mayor es un problema social de gran escala que afecta sin importar los estratos sociales o económicos que puedan existir de por medio; esta violencia se presenta de varias formas en la sociedad de los cuales destacan la violencia física, psicológica y el abandono.

La violencia física y psicológica están relacionados, dado que al existir el cometimiento de actos que dañen la integridad física del adulto mayor de esta se desglosa las consecuencias, mismas que parten desde la depresión, ansiedad, comportamientos autodestructivos, angustia entre otros, de lo cual puede representar como otro factor para la generación de enfermedades a causa del debilitamiento del sistema inmune del cuerpo humano.

El mayor porcentaje de los adultos mayores maltratados corresponde a grupos de familias disfuncionales, el tipo de maltrato más frecuente en el adulto mayor recae en la negligencia, el abandono y el maltrato psicológico. Es importante recalcar que el factor de riesgo principal identificado en la violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor es la dependencia relacional que tienen hacia uno o varios miembros de su núcleo familiar, pues como se ha mencionado se encuentran en una etapa de su vida donde son susceptibles ante estos actos que va en contra de sus derechos.

Prevenir la violencia intrafamiliar requiere del apoyo y actuación continua de todos los organismos público y privados, así como de los diferentes sectores en la sociedad, permitiendo tomar la decisión de unión para la erradicación de la violencia como forma de resolución de conflictos, promoviendo los valores humanos y el cuidado a los adultos mayores, recordado y recalcando que son un grupo vulnerable, y requieren atención prioritaria en todo momento.

Es por ello por lo que, es necesaria la focalización de dicha problemática, abordando el grado de importancia e interés de intervención que se requiere, de manera que se pueda prevenir, detectar y brindar el apoyo necesario para frenar de forma oportuna dichos actos de violencia en contra del adulto

mayor, permitiendo el goce, la unión familiar, fomentando el respeto mutuo, la dignidad equitativa y los valores de unión en el núcleo familiar.

De este modo para concluir se expone que la violencia en el adulto mayor no solo se da de manera física y psicológica sino también se da la violencia económica con un 69,7 % ya que al llegar a cierta edad se pierde la capacidad para trabajar y esto hace que se vuelvan dependientes, a diferencia de la violencia psicológica que alcanza un 90,9 % y va relacionada con la falta de valores y empatía de los cuidadores y este tipo de violencia es da más dentro de hogares disfuncionales al igual que la negligencia que alcanza un 84,8 % estando por debajo de la violencia psicológica.

## *6. Trabajos futuros*

El ciclo de violencia intrafamiliar implica efectos negativos a mediano y largo plazo, para realizar un análisis minucioso de la problemática abordada se plantea la relevancia de ejecutar futuras investigaciones que enfatizen en la prevalencia de la violencia intrafamiliar en Ecuador y los efectos sociales, psicológicos, emocionales, que se presentan a raíz de ello, así como las respectivas propuestas que sugieran una intervención para disminuir los índices de prevalencia de la violencia intrafamiliar en todos los ciclos de vida.

# Referencias bibliográficas

1. Maltrato de las personas mayores. Who.int. Disponible en: <https://bit.ly/47zzeFi>
2. Conferencias | Envejecimiento | Naciones Unidas. Disponible en: <https://bit.ly/3uHALdJ>
3. OPdIS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C., Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
4. Olloa Cuellar JF, Barcia Briones M. La Violencia intrafamiliar en el Adulto mayor. Revista Cognosis ISSN 2588-0578. 2019;4(4):81. doi: 10.33936/cognosis.v5i4.1876
5. Naciones Unidas. Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato En La Vejez: Naciones Unidas. Disponible en: <https://bit.ly/46Et9pD>
6. FIAPAM. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. Los adultos mayores vulnerables contra el maltrato. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3sWr9eL>
7. Freire WB. Red Latinoamericana de Gerontología. 2017 [citado el 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/index.php>
8. Machado J. Primicias Ecuador. 2021 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3sRacoF>
9. Martínez Querol, Pérez Martínez, Yolanda Cardona S, Laura Inclán R. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018; 21(1-2).
10. Mas Camacho MR, Acebo del Valle GM, Gaïbor González MI, Chávez Chacán PJ, Núñez Aguiar F del, González Nájera LM, et al. Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de bolívar, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2020;49(1):23-28. doi: 10.1016/j.rcp.2018.04.006
11. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3uNC7DO>
12. Silva Fhon JR, Del Rio Suarez AD, Motta Herrera SN, Coelho Fabricio-Webhe SC, Partezani Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el

- distrito de Breña, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63(3):367-375. doi: 10.15446/revfacmed.v63n3.44743
13. Enamorado G, Pérez J, Domínguez A, Rodríguez J. Violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad de Guinea Bissau. *MEDISAN*. 2013 Jul;17(7):1053. Disponible en: <https://bit.ly/3TdJbEd>
  14. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*. 2016 Mar 18;56(2):S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004
  15. OMS. Organización Mundial de Salud. 2021 [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3uNC7DO>
  16. Ricaurte A. Violencia contra el adulto mayor. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2018.
  17. Lachs MS. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428-32. doi: 10.1001/jama.280.5.428
  18. Chóez Chiliquina EN, Zambrano Pérez MF, Barros Carvajal MV, Parra Parra MM. La violencia hacia el adulto mayor y sus consecuencias. *Ciencia Digital*. 2019 Mar 12;3(1.1):99-107. doi: 10.33262/cienciadigital.v3i1.1.362
  19. Atkinson J. Mayo Clinic. 2019 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://mayoclinic.in/3Rb28Ww>
  20. Escalona Aguilera JR, Rodríguez Ramírez R, Pérez Aguilera R. La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicología para América Latina*. 2018; 2(18). Disponible en: <https://bit.ly/47Z8JZB>
  21. Organización Mundial de Salud. Organización Mundial de Salud. 2021 [citado el 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3uNC7DO>
  22. Fernández Tasilla YA, Pajares Torres YGGG. Violencia intrafamiliar y depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor [Tesis de pregrado]. 2021.
  23. Rodríguez-Calvo M, Gómez-Mendoza C, Guevara-de-León T, Arribas-Llopis A, Duarte-Duran Y, Ruiz-Álvarez P. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico Camagüey*. 2018 [citado 2 Dic 2023]; 22 (2). Disponible en: <https://bit.ly/3N9hecg>
  24. Molla-Esparza C, Aroca-Montolío C. Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2018;28(1):15-21. doi: 10.1016/j.apj.2017.01.001

# **Capítulo VIII**

*Factores asociados al ciclo de violencia en  
adultos*

***Nancy Karina Sumba Juela***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Erika Gissela Guamán Chimbay***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Jonnathan Steven Vázquez Parra***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Enriqueta de los Ángeles Martínez Vicuña***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

# 1. Introducción

La violencia es el acto cometido por uno o varios individuos que, de manera consciente, causa daños a la víctima. Dichos daños probablemente pueden ser a nivel físico o psicológico, caracterizándose por complicaciones traumáticas que se desarrollan a corto plazo e incluso la muerte. Dichas acciones, desde luego, se constituyen como una violación a los derechos de la víctima.

El ciclo de violencia está constituido por etapas en donde progresivamente se evidencian patrones de comportamiento violento con base en una relación de tipo amorosa. Estos patrones, dependiendo del caso, pueden convertirse en un círculo vicioso del cual es muy difícil salir, dando como resultado un sinnúmero de consecuencias agravadas, dependiendo del nivel de violencia aplicado.

En la actualidad, la mayoría de los países de Latinoamérica presentan índices altos de violencia doméstica. Dicho problema ha sido catalogado como un problema social y de salud, debido al desarrollo de trastornos psicológicos tras estos actos cometidos por el victimario.

La presente investigación abordó una metodología cualitativa, centrando el objetivo del estudio en el análisis de los datos numéricos más relevantes en torno al tema planteado, así como el análisis del ciclo de la violencia, lo que ayuda a evitar dichas acciones y disminuirlas.

## 1.1. Definición de violencia

La violencia toma varias definiciones. En términos generales, la violencia hace referencia al conjunto de comportamientos que constituyen un daño para el bienestar y salud de los individuos, dichas actitudes pueden ser obradas y/o aceptadas por nociones culturales y normas sociales (1).

De manera similar, Cuervo (2) menciona que la violencia es un acto realizado con intención de causar daño físico, emocional o influir en la conducta de la víctima de manera que comprometa su libertad de expresión y esté en contra de los derechos del individuo.



## 1.2. Clasificación de violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), en el informe mundial sobre la violencia y la salud, determina la calificación de la violencia de la siguiente manera:

- **Violencia autoinfringida.** Corresponde a comportamientos de autolesiones o comportamiento suicidas obteniendo de ello secuelas físicas y psicológicas, siendo entonces considerado como un problema mundial de salud generado por la falta de apoyo social de los padres (3).
- **Violencia intrapersonal.** Es causado por el entorno familiar y social, en el que los individuos adquieren comportamientos de acuerdo a los patrones adoptados, de esta violencia surge también la intrafamiliar y comunitaria, pues al vivir en lugares con altos índices de pobreza, desempleos, delitos, entre otros; se genera de manera indirecta la violencia intrapersonal (4).

## 1.3. Ciclos de violencia

Los ciclos de violencia de manera general se presentan en la violencia de género cuando dos individuos están ligados bajo una relación sentimental, legal o familiar, de lo cual uno de los individuos presenta comportamientos agresivos en contra del otro, por ello Cisneros en su publicación realizada en el diario el país alude que, “la violencia comienza por la palabra, por la falta de respeto, y puede terminar con la agresión física en cualquiera de sus modos” (5).

Es por lo mencionado que la violencia es necesariamente considerada como un problema de salud pública, pues notablemente estas agresiones generarán secuelas significativas en la víctima, dichas secuelas se pueden presentar de forma visible o en la mayoría de los casos la violencia pasa desapercibida hasta llegar al punto de erosión en donde los maltratos físicos empiezan a notarse y las secuelas psicológicas surgen sin control, además de ello existen un sinnúmero de problemas adicionales relacionados a los ciclos de violencia vividos, como por ejemplo el desarrollo de cánceres, enfermedades cardiovasculares, VIH/sida ya que las víctimas al tratar de hacer frente al ciclo de violencia adopta conductas que pueden no favorecer a su

salud, recurriendo en la mayoría de los casos al consumo de sustancias como el alcohol, tabaco, drogas, e incluso prácticas sexuales sin protección o denominadas de riesgo, teniendo entonces una alta probabilidad de minimizar su período de vida (6).

La violencia opera por tres ciclos, es decir, se desarrolla mediante el impulso de sentimientos amorosos de forma negativa, por ello para entender de una manera más compleja y clara sobre estos ciclos de violencia, según el Instituto Nacional de las Mujeres de México (7) “estos tres ciclos son la acumulación de tensión, estallido de violencia y luna de miel. La articulación de estos momentos da origen a lo que conocemos como círculo de la violencia”.

### 1.3.1. Acumulación de tensión

Es la etapa en donde se torna difícil identificar los elementos de riesgo, pues se caracteriza por la aplicación de violencia con carácter psicológico mínimo, para posterior desatar lentamente patrones de agresividad, irritabilidad, intolerancia, abusos verbales, asilamientos, humillaciones, limitaciones sobre el derecho a expresar los sentimientos, y demás señales (7).

ESTO TAMBIÉN ES VIOLENCIA ¡DESPIERTA!		NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Te culpa por sus cambios de ánimo, malestares, o frustraciones?			
2	¿Te amenaza o chantajea?			
3	¿Te grita, se burla de ti, te humilla?			
4	¿Desestima tus opiniones y te critica?			
5	¿Controla tu forma de vestir?			
6	¿Te prohíbe decidir sobre tu dinero y tus bienes?			

7	¿Controla tu hora de salida, de llegada, o uso del tiempo en general?			
8	¿Te obliga a mantener su relación en clandestinidad?			
9	¿Tu relación de pareja te ha llevado a ser destructiva?			
10	¿Tu pareja se irrita si le dices que fuma o bebe demasiado?			

**Figura 1.** Fase 1 del test de violencia (8).

Es decir, en este episodio se llevan a cabo pequeños roces entre la pareja con el intermedio de la ansiedad constante de la acumulación de frustración por la violencia verbal y psicológica, la cual puede durar años, en donde la víctima puede intervenir mediante la ayuda profesional.

### 1.3.2. Estallido de violencia

*“Es el resultado de la tensión acumulada. Se pierde toda posibilidad de comunicación con el agresor y descarga sus tensiones” (7).*

La fase dos se caracteriza por evidenciar descargas incontrolables de tensión que se han acumulado en la etapa anterior, la falta de control domina el momento y da surgimiento a las agresiones más fuertes, pudiendo producir heridas físicas de diferentes niveles, así como también las agresiones psicológicas y sexuales.

	;BUSCA AYUDA! ESTO NO ES TU CULPA	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Te empuja, te golpea, te pellizca?			

2	¿Evitas topar ciertos temas o hacer ciertas cosas por temor a la reacción de tu pareja?			
3	¿Sientes culpa o responsabilidad por las reacciones violentas de quien te agrede?			
4	¿Tienes conocimiento si tu pareja ha violentado a parejas anteriores?			
5	¿Tu pareja es excesivamente celosa y posesiva?			
6	¿Te has aislado de tu familia, amigas y amigos?			
7	¿Crees que con tu sacrificio tu pareja puede cambiar?			
8	¿Sientes que tu pareja tiene la razón en sus críticas, quejas o reclamos contra ti?			
9	¿Tienes relaciones sexuales sin consentimiento?			
10	¿Te amenaza con quitarte a tus hijos o tus bienes si terminas la relación o denuncias?			
11	¿Ha vuelto a agredirte después de haber prometido que no lo vuelve hacer?			

**Figura 2.** Fase 2 del test de violencia (8).

### 1.3.3. Luna de miel

Esta fase se origina justo después del estallido de violencia, en donde el agresor comienza a reflexionar y sentir sentimientos de culpa, lo cual le lleva al arrepentimiento, no por el hecho de haber estallado sino por haberse excedido en la manera de hacerlo, pide disculpas y promete que el incidente no volverá a suceder (7).

¿BUSCA AYUDA! ESTO NO ES TU CULPA		NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Tienes miedo a tu pareja?			
2	¿Te amenaza con hacerte daño o dañar a tu familia si terminas la relación?			
3	¿Te ha quitado tus bienes?			
4	¿Te amenaza con hacerse daño o suicidarse si se acaba la relación?			
5	¿Tu pareja te dice que no podría arreglártelas sin él/ella?			
6	¿Ha vuelto a agredirte después de haberte prometido que no lo vuelve hacer?			
7	¿Estás deprimida y con problema de salud, o has tenido pensamientos suicidas?			
8	¿Has necesitado asistencia médica como resultado de la violencia?			
9	¿Te obliga a tener relaciones sexuales? (Esto es un delito de violación)			
10	¿Las reacciones de violencia son impredecibles y más recurrentes?			
11	¿Sientes que nadie te puede ayudar o no consideras que mereces ayuda?			
12	¿Aunque temes por tu vida sientes que no hay cómo salir de la violencia?			

**Figura 3.** Fase 3 del test de violencia (8).

Por otro lado, este periodo puede ocasionar que la víctima se abstenga a denunciar el comportamiento agresivo que recibió, puesto que en esta fase el comportamiento del agresor es ser amable y arrepentido, con sentimiento de culpa, para hacer creer a la víctima que solo se produjo por algún suceso accidental y que no se volverá repetir (9). Sin embargo, es preciso recalcar que esto se convierte en un círculo vicioso por el arrepentimiento efímero del agresor. Mientras la víctima se encuentra a la espera de un verdadero cambio, durante dicho proceso de espera empieza la acumulación de estrés, tensión, sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, y demás afectaciones que perjudican su salud mental.

#### 1.4. *Factores asociados al ciclo de violencia*

El ciclo de violencia es generado de acuerdo a diferentes variables, entre las más remarcables tenemos: la sociedad, economía, cultura, relación interparental, entre otras. Gómez (10) hace mención a que existen varios factores asociados a la generación de conductas violentas, de los cuales señala los siguientes:

- **Factores biológicos.** Este factor surge desde la naturaleza del ser humano, pues al no mantener el autocontrol se generan situaciones que pueden ser agravantes hasta llegar al punto de convertirse en violencia. Gómez Acosta afirma lo siguiente con respecto a los factores biológicos asociados a la violencia: “el propio comportamiento agresivo puede retroalimentar la bioquímica general del organismo” (11).
- **Factores psicológicos.** Los factores psicológicos pueden derivarse de situaciones previas que llevaron al individuo a adoptar conductas de violencia o victimización, por lo general puede producirse al haber presenciado una violencia intrafamiliar de lo cual se vuelve un círculo vicioso creando percepciones de exclusión, injusticia o perjuicios que propician el comportamiento (12).

#### 1.5. *Consecuencias físicas y psicológicas*

Las consecuencias de la violencia, en un nivel general, impactan de manera negativa a la salud física y mental del individuo. Estudios revelan que en la mayoría de los casos las víctimas pueden llegar a tomar decisiones fatales

al sentir la impotencia de no poder hacer frente a la situación, recurren al suicidio, y en ciertos casos buscan acabar con la vida de su agresor (13).

Algunas consecuencias físicas son:

- Moretones, lesiones agravadas, fracturas, hemorragias, así como enfermedades de carácter físico: dolores crónicos, desorden en el sistema nervioso, enfermedades gastrointestinales, etc.
- **Suicidio:** se presenta a partir de las agresiones físicas, verbales y psicológicas que recibe la víctima por parte del agresor o agresora, durante un tiempo determinado; dichos actos llevan a la depresión lo que conlleva a un estilo de vida poco saludable.
- **Homicidio:** el agresor se encuentra en una fase de ansiedad dando respuesta la ira, la desconfianza, celos que dan paso a las agresiones físicas, verbales y psicológicas hacia su víctima (14).
- Las lesiones graves pueden afectar a la madre y al feto durante el embarazo, y presentarse diferentes tipos de infección como enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazos no deseados.
- Enfermedades múltiples.

Algunas consecuencias psicológicas son:

- Problemas leves en la salud mental: por lo general estos son cuadros psicológicos y que engloban trastornos tanto de ansiedad, bipolaridad, depresión, trastorno de personalidad, psicosis o incluso hasta esquizofrenia.
- **Desórdenes de estrés post traumático:** son manifestaciones en base a trastornos de la personalidad que se origina después de experimentar eventos atemorizantes los cuales pueden dejar secuelas de meses o años que conllevan a reacciones emocionales o físicas.
- **Baja autoestima:** es un desorden emocional que conlleva a impedir que la persona se sienta valiosa o tenga un juicio objetivo sobre sí misma.

- **Aislamiento:** la víctima que ya tiene un cuadro de agresión tiende a mantener una conducta de aislamiento, que se manifiesta en su baja autoestima y su poca aceptación o autoconcepto.
- **Desorden alimenticio:** la persona tiende a los desórdenes en su alimentación diaria (anorexia), lo cual le lleva a una visible pérdida de peso, entre otras enfermedades que deterioran su aspecto físico (15).

### 1.6. *Violencia colectiva*

La violencia colectiva se refiere a un grupo de individuos que comenten actos en contra de otras personas, con la finalidad de obtener una retribución de ello, sean estos fines políticos, sociales o económicos (16).

## 2. *Metodología*

Para la ejecución del presente estudio se aplicó una metodología cualitativa de revisión bibliográfica narrativa-argumentativa, donde se llevó a cabo un estudio para analizar a profundidad las principales causas y consecuencias del fenómeno social estudiado; además de un bosquejo que ayude a la comprensión de cada uno de los ciclos de violencia analizados, detallando la especificidad de la realidad observada en los diferentes estudios científicos abordados como guía de análisis.

Se recopiló un sinnúmero de datos no numéricos, extraídos de fuentes científicas tales como: tesis, revistas, libros, noticias e informes, desde un enfoque cualitativo. Se pudo compilar la información más relevante, que permitió el abordaje de la temática planteada, misma que comprende los factores asociados al ciclo de violencia y todo lo concerniente a dicha problemática. Se analizaron los aportes y argumentos de diferentes autores con el fin de correlacionar los datos teóricos respecto a la problemática formulada.

Así también, en el desarrollo del tema, se definen, clasifican, dividen o re-



sumen los datos teóricos más importantes, que permitieron un abordaje completo del tema propuesto. Se quiso conocer y analizar la realidad actual, además de identificar el panorama más extenso del ciclo de violencia en los adultos, cumpliendo de tal manera con los objetivos propuestos para el desarrollo de esta investigación.

## 3. Resultados

En el año 2019, Ortega (16) director del Consejo de la Judicatura del Cañar, menciona que en el cantón La Troncal se presentaron 51 contravenciones en calidad de violencia intrafamiliar. Asimismo, Padrón y Ramírez (17) en 2022 concluyeron que en el cantón La Troncal aún prevalecen elevados índices de violencia intrafamiliar, principalmente entre una pareja sentimental, con estadísticas de 297 en 2018, 442 en 2019, 264 en 2020 y 206 casos en 2021.

A nivel nacional, según informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), citado por Guachalá (18), en 2019, Ecuador registró cifras de violencia sufrida entre las edades de 19 a 35 años, las cuales son alarmantes. Asimismo, se evidencia que en el país un 65 % de mujeres han experimentado violencia de género y de manera preocupante el 38 % de mujeres aceptan y justifican la violencia recibida por parte de su pareja o compañero (19).

La OMS (1), en su informe mundial sobre la violencia y la salud, estima que cada año alrededor de 1,6 millones de vidas de entre 15 y 44 años de edad se pierden a causa de la violencia. Es importante señalar que la violencia se presenta con más frecuencia en el género femenino, tal como García (20) lo evidencia en su estudio, donde presenta la hoja formativa sobre la violencia infligida por la pareja y menciona que entre el 61 % y 93 % de mujeres de 12 países de América Latina y el Caribe, señalan haber sufrido de violencia física y emocional al encontrarse inmersas en una relación tóxica.

Entre los factores sociodemográficos existentes como parte de violencia hacia la mujer por parte de su conviviente tenemos: estado civil, representado por las mujeres casadas en un 53 %, y en calidad de cohabitantes el 47 %;

por su parte en el nivel de instrucción se evidencia de la siguiente manera: nivel primario 27 %, nivel secundario 47 %, nivel técnico o superior el 22 % y sin haber cursado ningún nivel de estudio, solamente el 4 %; otro factor sociodemográfico es la ocupación de las mujeres en donde se refleja que el 47 % son amas de casa, mientras que el 36 % realizan trabajos eventuales, así también se bosquejaron un sinnúmero de factores de riesgo, tales son; el estrés, los celos, la ansiedad, y los problemas económicos (1).

## 4. *Discusión*

En esta revisión bibliográfica se analizaron los estudios a fin de determinar los desencadenantes de la violencia en el núcleo familiar y de pareja, los cuales deben ser reevaluados a medida que existan diversas incongruencias presentes en La Troncal, según lo indica Ortega director del Consejo de la Judicatura del Cañar (16). Por el contrario, Padrón y Ramírez (17) destacaron las estadísticas de 297 casos en 2018, 442 en 2019, 264 en 2020 y 206 casos en 2021.

Por otra parte, el informe mundial realizado por la OMS ofrece datos verídicos de que cada año cerca de 1,6 millones de vidas de entre 15 y 44 años de edad, se pierden a raíz de la violencia (1).

Algunas investigaciones destacan que la violencia se ejecuta contra el sexo opuesto y el cual tiene como resultado una similitud a lo que verifica García (20) estos datos constan en la hoja formativa que habla sobre la violencia infligida por pareja, y menciona que entre el 61 % y 93 % de mujeres de 12 países de América Latina y el Caribe señalan haber sufrido de violencia física y emocional al encontrarse inmersas en una relación tóxica.

Del mismo modo, se expone aquellos factores sociodemográficos como parte sustancial de la aparición del desarrollo de la violencia hacia una mujer que está conviviendo con su conyugue: estado civil, representado por las mujeres casadas en un 53 %, y en calidad de cohabitantes el 47 %; por su parte en el nivel de instrucción se evidencia de la siguiente manera: nivel

primario 27 %, nivel secundario 47 %, nivel técnico o superior el 22 % y sin haber cursado ningún nivel de estudio, solamente el 4 %; otro factor sociodemográfico es la ocupación de las mujeres en donde se refleja que el 47 % son amas de casa, mientras que el 36 % realizan trabajos eventuales, así también se bosquejaron un sin número de factores de riesgo, tales son; el estrés, los celos, la ansiedad, y los problemas económicos (1).

## 5. Conclusiones

Con el pasar del tiempo el ciclo de violencia se torna como parte de una normalidad aceptada por parte de la víctima, sin tomar en consideración la gravedad del caso; desde la primera hasta la última fase se identifica un período de tiempo de varios meses, y es muy probable que dicho ciclo de violencia al suceder periódicamente sea considerado como algo normal en una relación, sin tomar en consideración las afectaciones físicas y psicológicas sufridas cada día al soportar actitudes y actos violentos y agresivos.

Dicho de otra manera, según Ortega y, Padrón y Ramírez en sus estudios realizados en el cantón La Troncal concluyen que existen altos índices de violencia intrafamiliar enfocados en violencia entre parejas sentimental con estadísticas de 297 en 2018 y 206 casos en 2021.

De acuerdo al INEC Se evidencia que en el Ecuador existe un alto índice de mujeres que han experimentado violencia de género y a su vez una minoría aceptan de manera preocupante y justifican la violencia recibida por parte de su pareja o compañero de vida.

Se evidencia que los factores sociodemográficos existentes como parte de violencia hacia la mujer está el estado civil la unión libre, el nivel de instrucción más afectado nivel secundario, también se incluyen las amas de casa y algunos factores de riesgo como el estrés, los celos, la ansiedad y los problemas económicos.

## 6. Trabajos futuros

El ciclo de violencia se presenta como una dinámica participativa de una pareja al tratar de resolver conflictos, por ello para entender a profundidad esta problemática que también engloba la seguridad de cada individuo se plantea futuras investigaciones:

- Análisis del proceso de reparación integral de una víctima inmersa en el ciclo de violencia.
- Identificación de los niveles de violencia en adultos de acuerdo a un enfoque de investigación de género, etnia y exclusión social.
- Determinar la influencia del ciclo de violencia en adultos que tengan hijos menores a 10 años.

# Referencias bibliográficas

1. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, NW: OMS; 2003. Disponible en: <https://bit.ly/3sRHa5P>
2. Cuervo Montoya E. Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. *Política y Cultura*. 2016;(46):77-97. Disponible en: <https://bit.ly/3R-pxIzM>
3. PAHO. Violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3Gwcio>
4. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Íñiguez M, Rivera-Rivera L, Ramos-Lira L. Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud pública Méx*. 2013;55:S259-66. Available from: <https://bit.ly/412fszT>
5. Cisneros Herreros M. La violencia genera violencia. *El País*. 2018 febrero: p. 14. Disponible en: <https://bit.ly/46LaeJU>
6. OPS. Recursos para periodistas. 2019 [citado en 2022 mayo 7]. Disponible en: <https://bit.ly/3RqenyA>
7. Gobierno de la República México. Semar. México: Instituto Nacional de Mujeres; 2017 [citado en 2022 mayo 07]. Disponible en: <https://bit.ly/46G2rNA>
8. Comisión de transición para la definición de la institucionalidad pública que garantice la igualdad entre hombres y mujeres, Test de violencia, Revista reacciona a tiempo por un alto a la violencia, 2021. Disponible en: <https://bit.ly/47Z6bL5>
9. Carosio A, Gutiérrez MG. Dilo Mujer. 2019 [citado en 2022 abril 25]. Disponible en: <https://dilomujer.org/taxonomy/term/43>
10. Gómez Acosta CA. Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Rev. Iberoam. Psicol*. 30 de junio de 2014; 7(1):115-24. doi: 10.33881/2027-1786.rip.7110
11. Miralles Rojano Á, Llatse Mateo J, Lasheras González S, Llombart Gallego A, Albiol del Salto B, Miralles Rojano C, et al. Aspectos psicológicos en la violencia de géne-

- ro. A propósito de un caso. 2017 abr 22. Available from: <https://bit.ly/3R8Y08k>
12. Zubizarreta Anguera I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. ZUTITU Psicología Clínica. 2018 abril; 24(4). Disponible en: <https://bit.ly/47Dxxqx>
  13. Gómez Acosta CA. Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. Rev. Iberoam. Psicol. 30 de junio de 2014; 7(1):115-24. doi: 10.33881/2027-1786.rip.7110
  14. Mendoza Gutiérrez L, Gallardo Salgado R, Castillo Limachi D, Castrillo Condori T, Zamora Zamora A, Montes Sanchez F. Causas y consecuencias de la violencia en el noviazgo: una mirada de los jóvenes universitarios de la ciudad de Tarija, Bolivia. Ajayu. 2019;17(2):283-316. Available from: <https://bit.ly/3uFIPMn>
  15. Larizgoitia I, Fernández I, Markez I, Izarzugaza I, Larizgoitia A, Moreno F, et al. Secuelas de la violencia colectiva: hablan las víctimas del estudio ISAVIC. Gaceta Sanitaria. 2018 mar.-abr.; 25(2). doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.005
  16. Ortega J. Noticias de la Provincia del Cañar. 2019 [citado en 2022 mayo 07]. Disponible en: <https://bit.ly/46F2XLS>
  17. León-Padrón MA, Ramírez-Velásquez JC. Análisis de la regulación jurídica de la violencia intrafamiliar y protección de los derechos de la mujer en Ecuador. Polo del Conocimiento [Internet]. 2022 feb 11 [citado 2023 dic 2];7(2):911-32. Available from: <https://bit.ly/4144pGq>
  18. Guachalá I. INREDH. Día internacional de la violencia contra la mujer: un camino incansable. 2021 [citado en 2022 abril 24]. Disponible en: <https://bit.ly/47wT97T>
  19. Palacio R. Las mujeres soportan el maltrato porque se sienten culpables. El País. 2018 diciembre: p. 19. Disponible en: <https://bit.ly/3Gsy3f6>
  20. Guedes AC, Bott S, García-Moreno C, Colombini M. Bridging. The gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. Glob Health Action 2016; 9:31516. doi: 10.3402/gha.v9.31516



# **Capítulo IX**

*Prevalencia de accidentes de tránsito  
influenciada por el alcohol en Ecuador*



***Mayra Alejandra Romero Vélez***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Carmen Verónica Mendoza Fernández***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Sthephanny Claraluz Peralta Vintimilla***

Estudiante de Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Rosa María Zambrano Garcés***

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de La Troncal, Ecuador

***Katy Alexandra Lemache Arboleda***

Docente del Instituto Tecnológico Superior España, Ambato, Ecuador

# 1. Introducción

El alcoholismo es un problema mundial que cada vez incrementa, siendo un problema de salud pública y provocando problemas a nivel personal, familiar y social. El estado de embriaguez afecta directamente a la salud, ya sea a corto o largo plazo. Y mucho más perjudicial es manejar un vehículo, lo cual genera consecuencias devastadoras, que muchas veces son irreparables, acompañándose de pérdidas materiales y humanas.

La ingesta de sustancias nocivas es uno de los aspectos causales de más de 200 afecciones, problemas neurológicos y de la conducta, incluyendo el alcoholismo. Además de enfermedades no contagiosas como cirrosis hepática, cáncer, enfermedades cardíacas, traumas asociados al abuso, maltrato y colisiones de automóviles (1).

Consumir bebidas alcohólicas es una situación de riesgo muy preocupante para el bienestar poblacional, genera un impacto considerable en muchos de los objetivos relacionados con la salud. La Estrategia Global de Reducción del Alcohol de la OMS continúa convirtiéndose en un respaldo de la política internacional, que brinda orientación sobre la restricción del consumo nocivo de alcohol en todos los niveles (2).

En Ecuador existe una incidencia elevada de accidentes originada por el consumo de bebidas alcohólicas, en especial en individuos de sexo masculino, siendo una costumbre continuamente intensificada en nuestra comunidad. Esta condición se expone en el aumento de altercados por choques, siendo consecuentes en el impacto de su bienestar, entre los más comunes están: politraumatizados, desgracias irreparables, extirpación de los miembros superiores o inferiores y condiciones más agravantes como el fallecimiento.

Los atropellamientos y choques representan una desgracia que diariamente se vuelve más habitual. Se han convertido en la razón central de los fallecimientos de la juventud, siendo motivo para que constituya una emergencia sanitaria, con la finalidad de buscar soluciones o alternativas para disminuir las tasas de mortalidad. Se ha buscado impartir una promoción y educación

sanitaria, profilaxis y crear más responsabilidad en los individuos, garantizado un cumplimiento de las normas y marcos legales del país.

La excesiva ingesta de licor es una problemática de salud pública. Se requiere de manera inmediata aplicar la promoción de la salud y acciones preventivas. Abusar de las bebidas alcohólicas se considera un elemento decisivo para que se manifiesten alteraciones de la conducta, problemas neurológicos y enfermedades no transmisibles, entre las que se pueden destacar: enfermedades cardíacas, artritis, problemas hepáticos, y una variedad de cánceres (3). Contradictoriamente, en la actualidad la adicción a bebidas alcohólicas es bien vista por la comunidad en general, por ende, es estimada como una droga lícita. Así, esto ocasiona que su consumo se vea incrementado, además de mezclarlo con otras sustancias psicoactivas (3).

La OMS define el alcoholismo como: “Un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detenerse en la ingestión del alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol” (4). Hay varios factores a considerar al decidir si comenzar o no a consumir licor: factores biológicos, de la personalidad, a nivel familiar, psicológicos, en escolaridad y medio ambiente/magnitud de la sociedad (3).

Estar alcoholizado provoca una alteración de los sentidos, manifestado por agotamiento, somnolencia y deficiencia visual. El alcohol ejerce influencia en los sujetos para que no actúen libremente en situaciones de borrachera. Su conducta y sentimientos no están controlados por su consciente, mucho menos su razonamiento (1).

La Agencia Nacional de Tránsito del Ecuador (ANT) ha planteado promover una campaña perseverante, con la finalidad de motivar a los choferes buenos hábitos de manejo, donde se priorice la supervisión y la constante vigilancia de alcoholemia en sectores estratégicos, quienes cometan el quebrantamiento de la ley se los consignará en un récord policial, con esta modalidad los individuos que efectúen por dos ocasiones en la misma transgresión o delito, obligadamente deberán pagar una condena más prolongada y una cifra financiera superior al salario básico del trabajador en general (425 USD), así estos sujetos por el temor, tomarán conciencia de sus acciones y no manejarán después de haber ingerido licor (1).

Finalmente, el objetivo de este estudio es el analizar la prevalencia de accidentes de tránsito influenciado por el alcohol en el Ecuador, ya que su consumo ocasiona accidentes, muertes y heridos en distintas carreteras o avenidas.

## *2. Metodología*

Se realizó una revisión bibliográfica con enfoque descriptivo, que abarcó la prevalencia de los accidentes de tránsito influenciados por el alcohol en adultos en Ecuador.

Se efectuó una investigación basada en la revisión histórico lógica en la que se empleó el método bibliográfico, con revisiones de diferentes artículos, revistas, y documentos de páginas de internet como son: Scielo, repositorios académicos, Redalyc, trabajos de tesis, documentos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y páginas relacionadas al área de la salud. El desarrollo textual del proyecto de investigación se lo realizó en Word, aplicando el formato de guía para diseño del trabajo de investigación con normas Vancouver.

Se analizaron estudios realizados en Ecuador, delimitando el título, resumen e interpretación de resultados, destacando la información más sustancial. En total se encontraron 25 documentos que atendían a los criterios de la temática, de los cuales se seleccionaron 12, mismos que fueron de utilidad para desarrollar la introducción, resultados y discusión, contribuyendo a responder al objetivo de esta investigación.

## 3. Resultados

El consumo de alcohol y de drogas está considerado como uno de los factores predisponentes a los accidentes de tránsito, información que se confirma con los registros estadísticos: “Desde enero de 2018 hasta enero 2020 la Agencia Nacional de Tránsito del Ecuador (ANT) registró 52 028 siniestros de tránsito, de los cuales 3 486 fueron a causa de conducir bajo la influencia de alcohol o sustancias estupefacientes (drogas)” (4).

Asimismo, “el 22 de julio de 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) dio a conocer mediante estadísticas que más de 900 000 ciudadanos ecuatorianos consumen alcohol, siendo la mayoría adolescentes mayores de 12 años en un 89,7 % son hombres y el 10,3 % mujeres, entre edades de 13 a 18 años el 2,4 % ya consumen alcohol” (4).

Según Moyolema (5), en un estudio realizado en 2020, en Ecuador, una de cada cinco muertes por causa del alcohol se relaciona con los accidentes de tránsito lo que supone, 4 000 fallecidos al año. Referente a las estadísticas se comprueba que existe un alto riesgo de sufrir accidentes de alta gravedad cuando el conductor mantiene un nivel de alcohol de 0,5 g/l, evidenciándose un incremento mientras exista mayor cantidad de alcohol en la sangre (5).

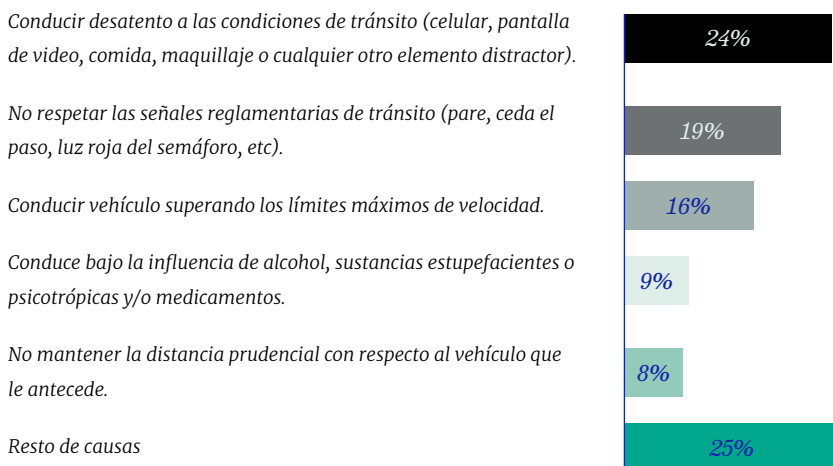
Yamasqui (6), en su investigación de tipo transversal descriptiva realizada en el cantón Cañar, expone que, el tipo de lesión física más frecuente en los accidentes de tránsito en pacientes atendidos en el hospital fue el politraumatismo con un 37 %, seguido de traumatismo craneoencefálico (TEC) con un 15,8 %, fracturas 10,9 %, trauma de tórax con el 5,3 %, trauma facial con 4 %, trauma abdominal con 3,3 %, trauma cervical con 3,3 %, y otros con 20,4 % presentándose en la provincia de Cañar 276 víctimas de accidentes de tránsito, con 20 muertos y 256 heridos (6).

Es importante precisar la estadística informativa sobre contravenciones y delitos de tránsito basada en la ingesta/consumo de alcohol, que en Ecuador representa ebriedad o estado etílico. Así, Quicaliquin (7), en su investigación, expone que en el año 2020 ocurrieron 16 972 accidentes de tránsito a

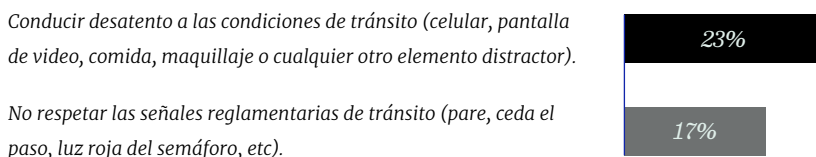
nivel nacional, de los cuales el 7,4 % (1 251) son consecuencia de la ingesta de alcohol; 13 099 personas resultaron heridas, de los cuales 7 % (918) estuvieron bajo los efectos del alcohol; 1 591 personas fallecieron, de las cuales 3,8 % (61) presentó signos y evidencias de alcohol; entonces se determina que la ingesta/consumo de alcohol es la cuarta causa de accidentes de tránsito (7).

El mismo trabajo expone que “en 2019, ocurrieron 24 595 siniestros, de los cuales 19 999 resultaron lesionados y 2 180 fallecieron, en los que el alcohol fue la causa que ocasionó 1 755 accidentes, en comparación a 2020, mantuvo el mismo porcentaje de siniestros bajo la influencia de alcohol” (7).

SINIESTROS DE TRÁNSITO BAJO LAS 5 CAUSAS PROBABLES CON MAYOR PORCENTAJE DE OCURRENCIA - DICIEMBRE 2020



SINIESTROS DE TRÁNSITO BAJO LAS 5 CAUSAS PROBABLES CON MAYOR PORCENTAJE DE OCURRENCIA - DICIEMBRE 2019



Conducir vehículo superando los límites máximos de velocidad.

18%

Conduce bajo la influencia de alcohol, sustancias estupefacientes o psicotrópicas y/o medicamentos.

8%

No mantener la distancia prudencial con respecto al vehículo que le antecede.

9%

Resto de causas

25%

**Figura 1.** Comparativo de siniestros de tránsito según causa probable: diciembre 2019 versus diciembre 2020 (7).

Asimismo, en 2018, se registraron 25 530 accidentes de tránsito, 18 858 heridos como consecuencia de estos y 2 151 muertes en el sitio. En 2017 hubo 28 967 accidentes de tránsito, 22 018 heridos y 2 153 muertes en el sitio (7).

Las estadísticas institucionales para 2016 son alarmantes, se conocieron 30 269 accidentes de tránsito según la ANT, 21 458 heridos y 1 967 muertes. En 2016 se registraron 30 269 reclamaciones, de los cuales 2 096 accidentes fueron provocados por consumo de alcohol; 1 472 personas heridas bajo efectos del alcohol y 78 personas fallecidas por ingesta de alcohol. Mientras que en 2015 la cifra es de 26 220 accidentes de tránsito a nivel nacional por el consumo de bebidas alcohólicas provocando 1 825 personas heridas (7).

García (8), en su estudio realizado en Portoviejo, señala que “desde una edad temprana, los varones tienen más probabilidades que las mujeres de verse involucrados en accidentes de tránsito. Unas tres cuartas partes (73 %) de todas las defunciones por accidentes de tránsito afectan a hombres menores de 25 años, que tienen tres veces más probabilidades de morir en un accidente de tránsito que las mujeres jóvenes” (8).

El INEC señala que el año con mayor cantidad de accidentes de tránsito fue 2014, con 38 658, seguido de 2015 con 35 706. Entre las principales causas de accidentes se encuentran: inexperiencia e imprudencia del conductor (49,6 %), exceso de velocidad (15,9 %), incumplimiento de las señales de tráfico (11,9 %) y embriaguez o drogas (7,5 %); invasión de carriles, peatón imprudente, accidentes por explosión de llantas, derrumbes, inundaciones, caídas

de puentes, sobrecargas entre otras son las causas que completan el cuadro (9).

Cruz et al. (9), en su trabajo de investigación, señalan que los resultados obtenidos muestran que la implementación de la Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial y el Código Orgánico Integral Penal (COIP) no es suficiente para disminuir la siniestralidad que causan los conductores en estado de embriaguez. Los accidentes de tránsito durante la década 2008-2018 registraron un total de 302 558. En este sentido, se puede determinar que durante 2014: 38 658, en 2015: 35 706 y en 2018: 25 530. El dato registrado fue decreciente (10).

## 4. *Discusión*

De acuerdo a los criterios de los diferentes autores analizados, la prevalencia de accidentes de tránsito se debe a que los conductores se encontraban bajo efectos de sustancias alcohólicas y en ocasiones mezcladas con estupeficientes, sumado a la falta de responsabilidad de los conductores en vías y carreteras.

Los accidentes de tránsito con más frecuencia se dan en hombres y en adolescentes entre 15 y 30 años que se encuentren alcoholizados, manteniendo un nivel de 0-24 mg de alcohol en sangre (8).

En este sentido, la OMS establece que entre los años 2000 y 2020 los accidentes de tránsito disminuirán en los países desarrollados en un 30 %, mientras en los países de medianos y bajos ingresos tendrán un notable incremento (8).

En las naciones que tienen una mejor estabilidad económica, gracias a la alta gama de sucesos e intervenciones realizadas, con la finalidad de disminuir los índices y sobre todo las consecuencias de los traumas relacionados con las colisiones en las vías incluyen el uso de normas para regular la velocidad y el grado de alcoholemia, así como el uso obligatorio de los cinturones de



seguridad, casco y demás implementos de protección personal (11).

Es sustancial conocer cómo afecta el alcohol en el individuo que lo ingiere, los signos y síntomas más notorios, cómo estos inciden en la salud del individuo, que al estar bajo la influencia del alcohol no controla sus emociones y pensamientos, cómo repercute al momento que se encuentra conduciendo, la afección a nivel neurológico y el cambio en la conducta que en la mayoría de las veces va acompañado de agresividad (5).

Actualmente, la cifra autorizada de alcohol en la sangre varía según la nación o localidad, sería preferible establecer un nivel de alcohol en la sangre hasta de 0,5 gramos por litro, lo cual permitiría al conductor mantener su capacidad de evaluar un riesgo. Se ha comprobado que el cumplir con la aplicación de la ley contra quienes conducen ebrios ha sido eficaz para reducir la posibilidad de accidentes de tráfico mortales en los individuos (11).

La embriaguez es un problema global que afecta a todos, provocando problemas personales, familiares y sociales. El consumo de alcohol está vinculado al 50 % de la morbilidad relacionada con las colisiones de tránsito (12).

Las personas afectadas no siempre son los choferes alcoholizados, también provoca daño en el copiloto y los acompañantes del vehículo, adicionalmente de otras personas en las carreteras, en particular los más susceptibles como los peatones, los ciclistas y motociclistas (12).

## *5. Conclusiones*

El incremento de los accidentes de tránsito provocados por el consumo de alcohol se ha convertido en una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Siendo el género masculino el que tiene mayor prevalencia de accidentes de tránsito en relación con la ingesta de alcohol frente al género femenino.

Se identifica que la normativa vigente de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial no se cumple en su totalidad, razón por la que no se ha logrado disminuir la morbilidad y mortalidad generada por los conductores en estado de embriaguez.

Entre las principales causas de accidentes de tránsito se encuentran: embriaguez o consumo de drogas, inexperiencia e imprudencia del conductor, exceso de velocidad, incumplimiento de las señales de tránsito, invasión de carriles, peatones imprudentes, accidentes por explosión de llantas, derrumbes, inundaciones, caídas de puentes, sobrecargas, etc.

En los países desarrollados ha disminuido la incidencia de accidentes de tránsito en comparación con los países subdesarrollados donde las cifras de los accidentes de tránsito por ingesta de alcohol se han mantenido estables.

El estar alcoholizado trae muchas consecuencias en la salud a largo plazo provocando enfermedades catastróficas, rupturas familiares, daños materiales y pérdidas humanas, lesiones graves e inclusive la muerte del conductor y de los acompañantes.

## *6. Trabajos futuros*

Realizar un estudio en el cantón La Troncal, para conocer el estado situacional de los accidentes ocasionados por personas en estado de embriaguez.

# Referencias bibliográficas

1. Amancha J. El consumo de alcohol en los conductores y los accidentes de tránsito en la ciudad de Ambato. Repositorio UTA Ambato-Ecuador. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. 2015 [citado el 9 noviembre 2021] Disponible en: <https://bit.ly/49Z3VVS>
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. OPS/NMH/19-012 [citado el 9 noviembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3T2eaCX>
3. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina. El consumo de alcohol como problema de salud pública. 2018 [citado el 8 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3RjwPb5>
4. Kaiser Aguayo ER, Montalvo Moreira MJ. Estado de embriaguez como causa de accidentes de tránsito. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. 2021 [citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/41eD5W9>
5. Moyolema JCA. El consumo de alcohol en los conductores. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. 2020 [citado el 8 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3uwWftT>
6. Yamasqui Padilla JI. Lesiones físicas en accidentes de tránsito, en el cantón Cañar. Killkana Salud y Bienestar. 2017;1(1):11-14. doi:10.26871/killkana\_salud.v1i1.22
7. Quicaliquin. J. Análisis de la detención inmediata de un conductor en estado etílico. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil-Ecuador [citado el 12 de diciembre de 2021]. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3Gio0sT>
8. García. J. Complicaciones del politraumatismo por accidentes de tránsito en el Hospital Dr. Verdi Cevallos de Portoviejo. Universidad de Guayaquil. Guayaquil-Ecuador [citado el 12 de diciembre de 2021]. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/47S52VB>
9. Agencias. Ecuador: más de 300 mil accidentes de tránsito se registraron en los últimos 10 años. Metro Ecuador [citado el 14 de diciembre de 2021]. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3N2IVUD>

10. 1. Piza IC, Lucio JP, Naranjo VG. El estado de embriaguez en los conductores de vehículos y su incidencia en los accidentes de tránsito en el Ecuador 2020. Revista UNIANDÉS Episteme. 2020 oct. 2;7(1):633-642. Disponible en: <https://bit.ly/4oVohsh>
11. Astudillo. A, Castillo. C. Accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis de pregrado, universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas]. 2009. <https://bit.ly/3GkY1kA>
12. OPS, OMS. Beber y conducir. Washington, D.C.: OPS. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3sQxM2h>

## Otros títulos de la colección Salud y Bienestar



### ***Correlación entre la Medicina de Laboratorio y las Ciencias Básicas y Clínicas***

Julio César Sempértegui Vega, Sandra Patricia Ochoa Zamora, Poleth Estefanía Sempértegui Alvarado y Mateo Esteban Zea Cabrera

### ***Patología Estructural Básica***

Yolanda Vanegas Cobeña, Nancy Vanegas Cobeña y Leonardo Morales Vanegas

### ***Esquizofrenia. El enigma continua***

Douglas Calvo de la Paz

### ***Enfermería: investigación y el cuidado directo***

Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Ávila, Isabel Cristina Mesa Cano, Lizette Espinosa Martín y Zoila Katherine Salazar Torres

### ***Canino retenido: historia, diagnóstico y tratamiento actual***

Diego Palacios Vivar, Yonatan Torres Cruz y Vinicio Barzallo Sardi

### ***Programa de intervención en educación emocional dirigido a niños y niñas de educación general básica***

Galo Bravo Corral

### ***Epidemiología en salud bucal: caso Cuenca***

Ebingen Villavicencio Caparó, Napoleón Reinoso Vintimilla y Liliana Encalada Verdugo

### ***Manejo de hiponatremia***

Carlos Enrique Flores Montesinosca

### ***Enfermería en la salud de Ecuador y Cañar***

María Fernanda Peralta Cárdenas, María Erlinda Aguaiza Pichazaca, José Ivo Contreras Briceño y Luis Hermmann Rodríguez Rangel

### ***Salud pública y enfermería en el contexto ecuatoriano***

Erica Paola Rojas Verdugo, Zandra Maribel Regalado Vazquez, Johanna Rosalí Reyes Reinoso y Angela María Quintero de Contreras

### ***Disturbio hidroelectrolítico***

Andrés Bueno Castro

### ***Reumatología***

Álvaro González Ortega

### ***Endodoncia***

Fernanda Katherine Sacoto Figueroa  
María Emilia Guerrero Coello  
María Elizabeth Moscoso Abad  
Sara Ivanna Cedillo Orellana

### ***Tecnología Farmacéutica: Trabajos Prácticos***

Hermel Salinas Medina, Sebastián Peña Peña y Diego Andrade Campoverde

### ***Familias Saludables, Niños Saludables. Una guía para comprender la relación entre la parentalidad y la alimentación***

María Alejandra Aguirre Quezada, Xavier Rodrigo Yambay Bautista, Nancy Beatríz Cordero Zumba, Sandra Patricia Ochoa Zamora, María Daniela Encalada Torres, María Isabel Herrera Jaramillo y Diana Mariela Méndez Pedroza

**Otros títulos de la colección  
Ciencias, Ingenierías y Medio Ambiente**



***Análisis de Funciones Especiales***

Carlos Fernando Méndez Martínez

***Topografía aplicada a las Ciencias Agrícolas***

Carlos Eloy Balmaseda Espinosa

***Bioestadística***

Froilán Segundo Méndez Vélez, Milton Bolívar Romo Toledo y  
Gabriela Alejandra Ortega Castro

***Desafiando a la Ciudad Letrada. Formas antagonistas de  
urbanismo en América Latina***

Antonio di Campi

***Análisis de ecuaciones y sus lugares geométricos***

Carlos Fernando Méndez Martínez

## Otros títulos de la colección Ciencias Sociales y Humanidades



### ***Violencia Intrafamiliar. Beneficios de un Proyecto Social***

Vanessa Quito Calle, Mónica Tamayo Piedra y Olga Neira Cárdenas

### ***Hitos de la Constitución ecuatoriana***

Colectivo de autores

### ***El Perfeccionamiento de los Contratos***

Fernando Moreno Morejón

### ***Tópicos Actuales de Derecho Tributario Ecuatoriano***

Diego Adrián Ormaza Ávila, Ana Fabiola Zamora Vázquez, Teodoro Javier Cárdenas Parra, Amanda Fabiola Palacios Palacios y Evelin Daniela Vaca Asitimbay

### ***La tentativa inidónea o delito imposible. Una visión integral***

Silvio José Castellanos Herrera

### ***Evolución socioeconómica de Latinoamérica: caso ecuatoriano***

Froilán Méndez Vélez y Patricio Montero Vélez

### ***Matemática financiera: una experiencia en el aula***

William Sarmiento Espinoza y Kléber Luna Altamirano

### ***Teoría del derecho. Una introducción***

Juan Antonio García Amado

### ***Responsabilidad jurídica médica***

Agustín Borja Pozo y Juan Antonio García Amado

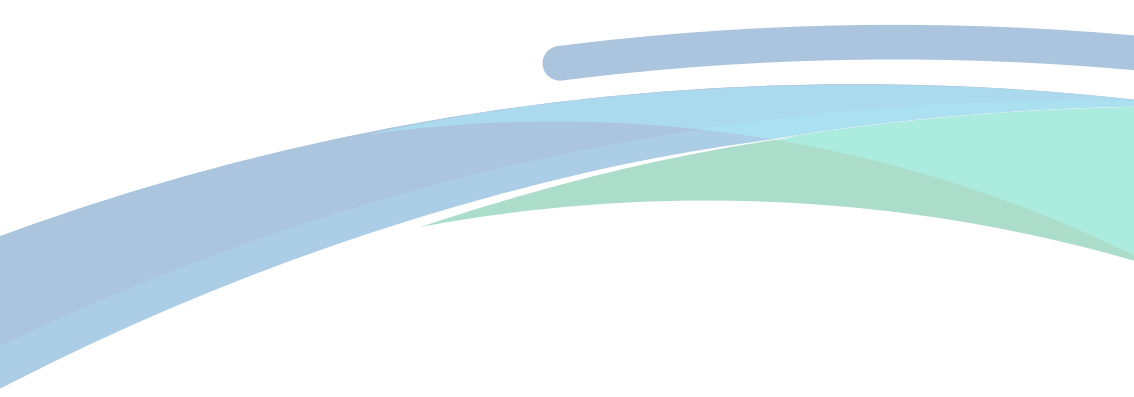


*SALUD Y BIENESTAR  
POR CICLOS DE VIDA*

se imprimió en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en  
enero de 2024, en la Editorial Universitaria Católica  
(EDÚNICA), con un tiraje de 50 ejemplares.







ISBN: 978-9942-27-242-3



ISBN: 978-9942-27-243-0

