

Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud)

Volumen 2, Número 3, 2020
ISSN impreso: 2528-8008

Cuenca, diciembre de 2020

Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud)

Volumen 2, Número 3, Año 2020

Publicación Cuatrimestral

septiembre-diciembre

Edición y Corrección:

Lic. Marilin Balmaseda Mederos, MSc.

Diseño, diagramación y maquetación en L^AT_EX

Ing. Rodolfo Barbeito Rodríguez

Impresión: Editorial Universitaria Católica (EDÚNICA)

El sistema tipográfico empleado para componer la revista es L^AT_EX, software libre utilizado para la comunicación y publicación de documentos científicos de alta calidad. CEUS emplea la clase RCeus.cls, desarrollada especialmente para la revista.



Comité Científico Interno

Dra. Karla Alexandra Aspiazu Hinostroza.
Universidad Católica de Cuenca.

Dra. Zoila Katherine Salazar Torres.
Universidad Católica de Cuenca.

Dra. Hermel Medardo Espinosa Espinosa.
Universidad Católica de Cuenca.

Carem Francelys Prieto Fuenmayor. Phd.
Universidad Católica de Cuenca.

Od. Esp. María Cristina Alvear Córdova.
Universidad Católica de Cuenca.

Dr. Esp. Ebingen Villavicencio Caparó. Mg.
Universidad Católica de Cuenca.

Carlos Alberto Román Collazo. MSc.
Universidad Católica de Cuenca.

Psic. Ana Caridad Serrano Patten
Universidad Católica de Cuenca.

Od. Gustavo Moyano Brito.
Universidad Católica de Cuenca.

Comité Científico Externo

Dra. Maria Elena Noya Chaveco
Universidad Médica de Santiago de Cuba, Cuba.

Valmore José Bermudez, Phd.
Universidad Simón Bolívar, Colombia.

Dr. Climaco Cano Ponce.
Universidad del Zulia, Venezuela.

Sively Mercado Mamani, Phd.
Oficina de Coordinación para Servicios de
Investigación de la UANCV, de Perú.

Dra. Marisa Arcos
Universidad Salvador Buenos Aires, Argentina.

Director de la revista

Dra. Lizette Espinosa Martín

Índice general

Estrategia preventiva diseñada por enfermería sobre enfermedades cardiovasculares en ancianos de un área de salud de Quemado de Güines	1
<i>Taimi Nereida Rodríguez Abrahantes*, Nercy Morales Morales , Dasmylis Del Castillo Salazar, Arahy Rodríguez Abrahantes , Yuleidy Fernández Rodríguez</i>	
Actitudes y prácticas del cuidado integral de enfermería en el adulto mayor de un Centro Geriátrico Ecuatoriano	7
<i>Lady Mariuxi Chuchuca Zari*, Lorena Alexandra Maldonado Maldonado, Anita Maggie Sotomayor Preciado, Fanny Isabel Zhunio Bermeo</i>	
Percepción del riesgo en adolescentes sobre el consumo de sustancias adictivas	13
<i>Anabel Sarduy Lugo*, Nancy Domínguez Rodríguez, Elsie Saavedra Alvarado, Margarita Lamas González</i>	
Relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramirez Cuenca-Ecuador 2016	17
<i>Nicole Estefanía Villavicencio Villavicencio*, Diana Patricia Álvarez Álvarez</i>	
Reto de educación para la salud a carreras de Enfermería y Educación. Santa Elena, Ecuador	23
<i>Wilfredo Alfonso de la Nuez*, Leticia da Costa Leites, María Caridad Mederos Machado</i>	
Directrices para autores de la revista CEUS	29
<i>Revista CEUS</i>	

Estrategia preventiva diseñada por enfermería sobre enfermedades cardiovasculares en ancianos de un área de salud de Quemado de Güines

Designed preventive strategy for infirmary on cardiovascular illnesses in old men of an area of health Quemado of Guines

Taimi Nereida Rodríguez Abrahantes*¹, Nercy Morales Morales¹, Dasmylis Del Castillo Salazar¹, Arahay Rodríguez Abrahantes², Yuleidy Fernández Rodríguez³

¹ Policlínico “Mártires del 8 de Abril”, Quemado de Güines, Villa Clara, Cuba

² Centro Internacional La Pradera, Cuba

³ Hospital Ginecobstétrico Universitario Provincial “Mariana Grajales”, Cuba

*taimirodriguez@infomed.sld.cu



Recibido: 21 de agosto de 2020

Aceptado: 5 de octubre de 2020

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares se reconocen, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. **Objetivo:** diseñar una estrategia preventiva por enfermeros de la Atención Primaria de Salud sobre enfermedades cardiovasculares en ancianos de un área de salud. **Metodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en ancianos con factores de riesgo de hipertensión arterial del municipio de Quemado de Güines durante el periodo de enero – mayo 2019. La población estudio estuvo constituido por el total de adultos mayores pertenecientes al CMF 48-11 (240), la muestra estuvo representada por 25 pacientes dispensarizados con enfermedades cardiovasculares. **Resultados:** Se destacaron los ancianos de más de 85 años (40 %), sexo masculino (64 %), los factores de riesgo predominantes fueron el estrés (64 %), seguido de la hipertensión arterial (40 %) y los fumadores (36 %), los conocimientos evaluados en la muestra relacionados con aspectos generales, factores de riesgo, complicaciones, importancia del tratamiento preventivo fueron evaluados de mal o desconocidos en casi la totalidad de los ancianos. **Conclusión:** Pensar en estrategias educativas preventivas que modifiquen positivamente el conocimiento en los adultos mayores sobre las enfermedades cardiovasculares fue una alternativa que se valoró por expertos como pertinente y factible y se diseñó por profesionales de enfermería.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares; ancianos; estrategia, prevención .

Abstract

Introduction: the cardiovascular illnesses are recognized, more and more, as an important problema of health department in many countries in development. **Objective:** designing a preventive strategy for male nurse of the primary attention of health on cardiovascular illnesses in old men of area of health. **Methods:** carried out a descriptive study transversal in old men with factors of risk of arterial hypertension of the municipality of quemado de guines during the period of january – may 2019. The population studies was constituted for the total of bigger belonging adults to the CMF 48-11 (240), the sample was represented for 25 patient dispensarizados with cardiovascular illnesses. **Results:** they are highlighted the too much 85 years old men (40%), masculino sex (64%), the factors of predominant risk went the stress (64%), followed of the arterial hypertension (40%) and the smokers (36%), evaluated knowledges in the related sample with yhe general aspects, factors of risk, complications, importance of the preventive treatment were evaluated of wrong or unknown in almost the totality of the old men. **Conclusion:** it thinks about educational preventive strategies that modify positively the knowledge in the bigger adults on the cardiovascular illnesses went an alternative that I designs for professionals of infirmary.

Key words: cardiovascular illnesses; old men; strategy; prevention.

1 Introducción

La población mundial de mayores de 60 años es el grupo etario de crecimiento más rápido; además, en el año 2050, aproximadamente un 80 % de las personas mayores vivirá en países menos desarrollados. Para el año 2025, más del 20 por ciento de la población en las regiones más desarrolladas tendrá 65 años y más; asimismo, un 11 % de la población mundial será mayor de 65 años.¹

El envejecimiento latinoamericano y caribeño ha sido muy rápido y lo será aún más. Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo, y se ha producido este proceso sin el respaldo del desarrollo económico que siempre lo caracterizó en el mundo desarrollado. Otra de las características del envejecimiento en esta región es la heterogeneidad; aunque toda el área está envejeciendo, el proceso se desarrolla con características diferentes.²

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo que muestra una esperanza de vida de 78,97 para los hombres y 80 para las mujeres. Su población mayor de 60 años representa un 18,3 %, según estadísticas oficiales publicadas en el Censo de Población y Viviendas desde el 2013. Además, es uno de los países más envejecidos de América Latina y está previsto que tendrá la población más envejecida de Latinoamérica en 2025, y para el 2050 se espera que los cubanos disfruten de uno de los promedios de edad más añejos del planeta, con las implicaciones económicas y sociales que esta condición ocasiona.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se reconocen, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo.⁴

Dado el desarrollo alcanzado por nuestro sistema nacional de salud, cada día es mayor la población que arriba a los 60 años de edad y además su expectativa de vida es superior que en décadas anteriores. A este grupo etáreo se le llama adulto mayor y alrededor del 13 % de nuestra población está en este grupo.⁵ Es en ellos donde se registra mayor morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, y dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar; tanto es así, que son también la primera causa de muerte en nuestro país.^{6,7}

Cuba ocupa una posición inusual en el mundo subdesarrollado. Su modelo de desarrollo político, económico y social, comprometido con el bienestar colectivo ha conseguido construir, un complejo e integral sistema de salud que ha permitido eliminar, casi por completo, las enfermedades infecciosas de su cuadro de mortalidad, ha continuado reduciendo, año tras año y a pesar de la crisis económica, la mortalidad infantil, ha aumentado la expectativa de vida de la población a casi 79 años y continúa creciendo rápidamente la proporción de personas mayores de 65 años.^{8,9}

Es por ello que cuando se habla de prevención cardiovascular primaria y secundaria, se deben implementar estrategias dirigidas a cambios en los hábitos de vida.¹⁰ La profesión de Enfermería, líder en el manejo de los cuidados se realza en el cumplimiento de sus funciones y deberes

para con este grupo de edad. El altruismo, la sensibilidad y la nobleza, son cualidades que los enfermeros cubanos evocan en cada una de sus acciones.

Según revelan las estadísticas en Cuba, en el año 2018, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se comportó con 25 684 defunciones al cierre del año, para una tasa ajustada de 228.2 por cada 10 000 habitantes, con predominio del sexo masculino para una tasa de 246.1¹¹

Villa Clara al cierre del año 2018 tuvo 1861 defunciones por enfermedades del corazón, para una tasa de mortalidad bruta de 238.1¹¹ y en el municipio de Quemado de Guines se mantiene el incremento de pacientes con enfermedades cardiovasculares, sobre todo la hipertensión arterial y las cardiopatías isquémicas, lo que corrobora su ubicación junto a los tumores malignos como las principales causas de morbimortalidad dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El índice de envejecimiento actual y futuro de la población cubana, unido al incremento de las enfermedades cardiovasculares con sus consecuentes implicaciones, constituye una de las principales dificultades que enfrenta la familia cubana, por lo que resulta una necesidad garantizar el cuidado a los adultos mayores para optimizar la calidad de vida de estos.

Es por ello la importancia de la realización del presente estudio, que responde al problema científico de la investigación: ¿Cómo modificar conocimientos en ancianos sobre enfermedades cardiovasculares y su prevención, en un área de salud del municipio de Quemado de Guines en el periodo de enero – mayo 2019?

El estudio se traza como objetivo general diseñar una estrategia preventiva liderada por enfermeros de la Atención Primaria de Salud (APS) sobre enfermedades cardiovasculares en ancianos de un área de salud que permita aminorar el problema de salud que dio origen a esta investigación.

2 Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un área de salud urbana perteneciente al municipio de Quemado de Guines durante el periodo de enero a mayo del 2019, con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención preventiva como alternativa de solución en la prevención de enfermedades cardiovasculares. La población estudio estuvo constituida por el total de ancianos dispensarizados en el consultorio médico de familia # 48-11 (240), quedando representada la muestra por los ancianos con enfermedades cardiovasculares (25), la misma fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por criterios, excluyendo a los que no residen permanentemente en la localidad, a los que tiene algún impedimento psíquico o alteración mental que impida su colaboración en el estudio y a los que se niegan a participar voluntariamente en el estudio.

Se utilizaron métodos empíricos como análisis y revisión de documentos para conocer el estado de la temática abordada a través de la revisión bibliográfica, un modelo de recogida de datos a partir de la Historia de Salud Familiar

(HSF) que permitió identificar variables como la edad, el sexo, factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores, un cuestionario diagnóstico para evaluar conocimientos.

2.1 Técnicas y procedimientos

La historia de salud familiar permitió extraer los datos necesarios y actualizados de la muestra escogida y vaciarlos en un modelo confeccionado por la autora principal del estudio con las variables de interés, en un trabajo de mesa realizado por el equipo de investigación. El médico y la enfermera de la familia fueron fundamentales en la realización de este trabajo.

La encuesta parte de una guía con una serie de preguntas preestablecidas, que se caracterizó por la flexibilidad, de manera que el encuestador puede manejar la información en función de la marcha del proceso, de cuan útil y novedosa va resultando dicha información, dándole a la persona encuestada la opción de ser un participante más, un sujeto activo en el proceso de búsqueda de la información relevante de su propia vida. Esta técnica permite obtener una información variada y directa.

Se tuvieron en cuenta las debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas para diseñar la propuesta. Se valoró la propuesta de la estrategia con fin preventivo, atendiendo los criterios de pertinencia y factibilidad por los especialistas que se seleccionaron dados su competencia y desempeño; estos fueron seleccionados en número impar (tres), un especialista en Medicina General Integral (MGI) con más de 15 años de especialidad, un especialista en Geriátrica con vasta experiencia y competencia y un licenciado en promoción de salud con desempeño activo de sus funciones.

Es necesario enfatizar la labor educativa a través de programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Las actividades que se propusieron en la estrategia de intervención preventiva estuvieron dirigidas fundamentalmente hacia tres esferas:

- Esfera biológica y socio afectivo: para mejorar la capacidad de reconocer la existencia del otro y de sí mismo a través de la expresión de sentimientos y emociones enmarcados en las relaciones interpersonales.
- Esfera cognitiva: para comprender, aprender, construir y utilizar las explicaciones y teorías que se producen sobre la realidad y los fenómenos que los rodean.
- Esfera comunicativa: para significar todo lo que lo rodea a partir de la interacción con los otros y su vinculación a la cultura y sus conocimientos.

Las variables a utilizar en el estudio fueron: grupo de edad, sexo, factores de riesgo, estado de conocimiento (conocimientos generales y tratamiento sobre ECV, conocimientos sobre complicaciones, tratamiento no farmacológico), pertinencia y factibilidad.

2.2 Operacionalización de las variables

- Edad: Años cumplidos por documento de identidad personal. (60-64, 65-74, 75-84, 85 y más).

- 17,18 Características sexuales. (Masculino Femenino).
- Factores de riesgo de ECV: Enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad, alcoholismo, sedentarismo, Estrés.
- Conocimientos Generales y de Manejo de la ECV: Cada inciso correcto 4 puntos. Total 20 puntos. Bueno: 18 o más puntos. Regular: entre 14 y 17 puntos. Malo: 13 puntos o menos.
- Conocimientos sobre complicaciones de las ECV: Cada inciso correcto 4 puntos. Total 20 puntos. Bueno: 18 o más puntos. Regular: entre 14 y 17 puntos. Malo: 13 puntos o menos.
- Conocimientos sobre Importancia del tratamiento no farmacológico: Cada inciso correcto 4 puntos. Total 20 puntos. Bueno: 18 o más puntos. Regular: entre 14 y 17 puntos. Malo: 13 puntos o menos.
- Conocimientos adecuados: Si más del 70 % de la muestra mostraron tener buenos conocimientos en todos los aspectos.
- Conocimientos inadecuados: Si no cumple con el criterio anterior
- Pertinencia y factibilidad: Variable cualitativa nominal politómica.
- Pertinente, poco pertinente, no pertinente
- Factible, poco factible No factible

2.3 Definición de las variables

Pertinencia: Grado en el cual la propuesta se adapte a la problemática de salud.

Factibilidad: Grado de posibilidad real de recursos humanos y materiales para llevar a vías de hecho la propuesta.

De acuerdo con la estrategia metodológica, el análisis de los resultados, se realizará de forma cualitativa integrando los resultados arrojados por los sujetos y los diferentes métodos y técnicas empleadas y desde el punto de vista cuantitativo se procederá a utilizar el cálculo porcentual. Para el procesamiento estadístico de la información se empleará el Software XP Profesional Word 2003 y los cuadros y gráficos se procesarán en Microsoft Excel 2003.

Se tuvo en cuenta los principios éticos que se observaron en la investigación como no producir daño, respeto a la autodeterminación de los sujetos de la investigación y la beneficencia, tratando de maximizar los beneficios posibles y minimizar los daños o equivocaciones.

3 Resultados

Tabla 1. Distribución de frecuencia según grupos de edades y sexo. CMF 48-11. Quemado de Güines, enero- mayo 2019

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
EDAD	ATRIBUTOS	No	%	No	%	No	%
	60-64.	5	31,25	1	11,11	6	24,00
	65-74años.	1	6,25	5	55,55	6	24,00
	75-84 años	2	12,5	1	11,11	3	12,00
	85 y mas	8	50,00	2	22,22	10	40,00
	TOTAL.	16	64,00	9	36,00	25	100,00

Fuente: Encuesta

En relación a la distribución de los grupos de edades y sexo según la muestra, se destaca en la tabla 1 que de un total de 25 abuelos el 64 % eran masculinos y el 36 % femeninos, predominando los mayores de 85 años (40 %) del mismo sexo, seguidos de los ancianos con edad entre 60 hasta los 74 años.

Tabla 2. Distribución de frecuencia según factores de riesgo presentes

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
Factor de riesgo de ECV	CARACTERES	No	%	No	%	No	%
	Hipertensión arterial	4	16,00	6	24,00	10	40,00
	Diabetes Mellitus	2	8,00	1	4,00	3	12,00
	Hipercolesterolemia	1	4,00	-	-	1	4,00
	Obesidad	1	4,00	-	-	1	4,00
	Alcoholismo	1	4,00	-	-	1	4,00
	Sedentarismo	5	20,00	3	12,00	8	32,00
	Tabaquismo	7	28,00	2	8,00	9	36,00
	Estrés	9	36,00	7	28,00	16	64,00

Fuente: Encuesta

La tabla 2 muestra los resultados relacionados con los factores de riesgo presentes, predominando el estrés en un 64 % del total, seguido de la hipertensión (40 %) y de los fumadores (36 %), en ambos sexos indistintamente.

Tabla 3. Distribución de la muestra según conocimientos generales y enfrentamiento de la ECV

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
Conocimientos generales y manejo de la ECV.	CARACTERES	No	%	No	%	No	%
	Bueno	1	4,00	-	-	1	4,00
	Regular	-	-	2	8,00	2	8,00
	Mal	15	60,00	7	28,00	22	88,00
	Total	16	64,00	9	36,00	25	100,00

Fuente: Encuesta

Según los conocimientos generales y manejo de las ECV (Tabla 3), el 88 % tuvo una evaluación de mal en este aspecto, solo un anciano del sexo masculino obtuvo buenos resultados.

Tabla 4. Distribución de frecuencia según aspectos que pueden constituir factores de riesgo modificables para su prevención

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
Conocimientos sobre factores de riesgo modificables para su prevención.	CARACTERES	No	%	No	%	No	%
	Bueno	-	-	-	-	-	-
	Regular	4	16,00	1	4,00	5	20,00
	Mal	12	48,00	8	32,00	20	80,00
	Total	16	64,00	9	36,00	25	100,00

Fuente: Encuesta

La tabla 4 refiere los resultados obtenidos según aspectos que pueden constituir factores de riesgo modificables para su prevención, resultando que el 80 % obtuvo evaluación

con una calificación de mal, seguido de un 20 % con conocimientos evaluados de regular.

Tabla 5. Distribución de frecuencia según conocimientos sobre complicaciones de las ECV

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
Conocimientos sobre complicaciones de las ECV.	CARACTERES	No	%	No	%	No	%
	Bueno	-	-	-	-	-	-
	Regular	1	4,00	-	-	1	4,00
	Mal	15	60,00	9	36,00	24	96,00
	Total	16	64,00	9	36,00	25	100,00

Fuente: Encuesta

Los conocimientos sobre complicaciones de las ECV fueron evaluados en la tabla 5, donde el 96 % obtuvo evaluaciones de mal, con predominio del sexo masculino en un 60 %.

Tabla 6. Distribución de frecuencia según conocimientos sobre importancia del tratamiento no farmacológico por sexo

VARIABLES		SEXO					
		M		F		TOTAL	
Conocimientos sobre importancia del tratamiento no farmacológico.	CARACTERES	No	%	No	%	No	%
	Bueno	4	16,00	1	4,00	5	20,00
	Regular	5	20,00	2	8,00	7	28,00
	Mal	7	28,00	6	24,00	13	52,00
	Total	16	64,00	9	36,00	25	100,00

Fuente: Encuesta

La tabla 6 resalta los conocimientos sobre el tratamiento no farmacológico cuyos resultados destacan que el 52 % obtuvo calificaciones de mal, sin embargo, el 20 % tenían conocimientos evaluados de bien sobre el tema, en estos últimos con un predominio del sexo masculino.

Los especialistas validaron como pertinente y factible la propuesta diseñada como alternativa de solución para modificar los conocimientos en los adultos mayores de la muestra seleccionada.

4 Discusión

Las enfermedades cardiovasculares causan aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes en el mundo. Esta mortalidad aumenta proporcionalmente a la edad, demostrándose que después de los 50 años el 50 % de la población la padece, datos estos referidos en estudios revisados³ y que coinciden con los resultados de este trabajo.

Con respecto al sexo, se ha descrito por autores¹² que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón, coincidiendo con los resultados del presente estudio. La diferencia es menor cuando las féminas comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a protegerlas de las enfermedades del corazón. Pero

después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres.

En el estudio de Flaxman y otros autores que investigaron el tema,¹²⁻¹⁴ se encontró que, en individuos de 65 años o más, la elevación de las cifras de colesterol total era un factor de riesgo más importante en las mujeres que en los hombres. Otros estudios difieren de estos resultados y plantean que, en los ancianos, los niveles bajos de colesterol total se asocian con un aumento de la mortalidad.

Se considera que este resultado está relacionado con estilos de vida poco saludables en los ancianos, que en su mayoría permanecen todo el tiempo en el hogar sin relacionarse con el medio y agobiados por todo tipo de problemas que generan depresión, estrés y favorecen que incurran en otros malos hábitos (fumar, consumir alcohol, dietas inadecuadas, poca actividad física), los que a su vez traen como consecuencia que aparezcan otros: obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, entre otros.

Varios estudios relacionaron el grado de obesidad y la incidencia de ECV a lo largo de 26 años, e indicaron que la obesidad es un factor de riesgo significativo de las ECV.¹⁵⁻¹⁷

La presión arterial aumenta con la edad, en las primeras décadas prevalece más en el varón, pero a partir de los 55 años esta prevalencia se invierte y es más elevada en las mujeres, mayor del 65 % a partir de los 65 años.¹⁵ Datos estos que se ven plasmados en los resultados del estudio.

Hoy se sabe que no solo es importante trabajar para disminuir los factores de riesgo de padecer ECV, sino en educar a la población sobre la importancia de conocer de su propia enfermedad,^{17,18} su tratamiento, lo importante de darle prioridad al tratamiento preventivo o no farmacológico, conocer de sus complicaciones como son las enfermedades cerebrovasculares que tan elevado índice de morbimortalidad causa en esta población, todo está sujeto a factores modificables fundamentalmente, como la dieta, los medicamentos, sedentarismo y estilos de vida no saludables.

Pensar en estrategias educativas preventivas que modifiquen positivamente el conocimiento en los adultos mayores sobre las enfermedades cardiovasculares fue una alternativa que se valoró por expertos como pertinente y factible y se diseñó por profesionales de enfermería.

Se recomendó implementar la estrategia de prevención y evaluar sus resultados.

5 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

6 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros de otro tipo.

7 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Rev. haban cienc med.* [Internet]. 2015 [citado 2019 jun 19]; 14 (1): 89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100013&lng=es
2. Blanco Mederos F. consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. *Rev. medica electrónica* [Internet]. 2017 [citado 2019 nov 19]; 39 (1): 13. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1761>
3. Gonzalez Moro A M. "Envejecimiento en Cuba. Red Cubana de Gerontología y Geriátrica. [Internet]. Oct 2015 [citado 2019 nov 19] Disponible en: GeriCuba: envejecimiento en Cuba. articulos.sld.cu
4. Hernández Garciga F, Gómez Sobrino M, Fernández Brito J. Identificación de familias aterovulnerables en un consultorio médico de la Atención Primaria de Salud. *Rev. Finlay.* [Internet]. 2018 [citado 2019 nov 23];8(3),211-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000300006&lng=pt
5. Hernández R, Coatsworth JH. Culturas encontradas: Cuba y los Estados Unidos. Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello y Centro de Estudios Latinoamericanos David Rockefeller, Universidad de Harvard. Boston 2012.
6. Cooper RS, Ordúñez P, Iraola-Ferrer M, Bernal JL, Espinosa A. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. *Am J Public Health* (en prensa). 2014
7. Ordúñez P, Espinosa A, Iraola M, Cooper R, Bernal JL. Decline in Cardiovascular mortality in Cuba: disentangling contributing causes. *World Chronic Diseases Report.* Geneva: WHO; 2015 (en prensa).
8. Colectivo de autores. Capacidad de respuestas y desafíos del Sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Informe especial. *Rev. Panam Salud Pública.* [Internet]. 03 mayo 2018 [citado 2019 jun 19]. Disponible en: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.30>
9. Colectivo de autores. Muerte cardiaca súbita: Enfoque cubano centrado en los resultados de un estudio de perfil de riesgo. *CorSalud (S1)* 2014. [Internet]. 2014 [citado 2019 oct 19]. Disponible en: www.corsalud.sld.cu
10. Martínez Frometa M, Torres Cárdenas R, Santiago López W, Pérez Milian J M, Ramírez Cabañin O, García Abreu D. Salud Cardiovascular en personas de 40 a 79 años. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2018;47(4): 380-391,
11. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública, disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
12. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and

- risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2015, 380 (9859): 2224–2260.
13. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P; CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA*. 2012; 286(2):180-7.
 14. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario Nacional de Estadística. Tasas. República Bolivariana de Venezuela; 2015.
 15. Splansky GL, Corey D, Yang Q, Atwood LD, Cupples LA, Benjamin EJ, et al. The third generation cohort of the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study: Design, Recruitment, and Initial Examination. *Am J Epidemiol*. 2014; 165(11):1328-35.
 16. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. 2017; 61(3); 299-307.
 17. Abramson JH. Prevention of cardiovascular disease in the elderly. *Public Health Rev*. 2015; 13(3-4):165- 223.
 18. Manzur F, Arrieta CO. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe). *Rev Colomb Cardiol*. 2014; 12(3):122-8.



Actitudes y prácticas del cuidado integral de enfermería en el adulto mayor de un Centro Geriátrico Ecuatoriano

Attitudes and practices of comprehensive nursing care in the elderly in an Ecuadorian Geriatric Center

Lady Mariuxi Chuchuca Zari*¹, Lorena Alexandra Maldonado Maldonado¹, Anita Maggie Sotomayor Preciado¹,
Fanny Isabel Zhunio Bermeo¹

¹ Universidad Técnica de Machala

*lchuchuca2@utmachala.edu.ec



Recibido: 2 de julio de 2020

Aceptado: 20 de septiembre de 2020

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un proceso biológico considerada una etapa de la vida en el que se experimenta una serie de cambios estructurales y funcionales que se van dando con el pasar de los tiempos volviéndonos en una situación de vulnerabilidad. **Objetivo:** Analizar las actitudes y prácticas del cuidado integral de enfermería en el adulto mayor de un Centro Geriátrico Esteban Quirola de la ciudad de Machala-Ecuador. **Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo, transversal con muestreo censal. La muestra estuvo constituida por 17 trabajadores que incluyen a técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería, nutricionista, fisioterapeutas y servicio social, a quienes se les aplicó una encuesta previamente validada conformada por 33 preguntas organizadas en 8 secciones: 1) datos demográficos; 2) cuidados generales; 3) bioseguridad; 4) enfermedades del adulto mayor; 5) alimentación; 6) actividad física y lúdica; 7) comunicación y 8) relación, capacitación. **Resultados:** Se encontró una población predominante del sexo femenino con un 77.78 %, el 61,11 % de los trabajadores se encuentran en un rango de edad de entre 31 a 50 años. Con respecto a los cuidados generales el 66,67 % de los trabajadores conocen acerca de las úlceras por presión, el 44,44 % manifestó que se debe valorar y mantener hidratada la piel del paciente, el 37,04 % indicó que se debería cambiar de posición al paciente cada 2 horas. **Conclusión:** Se concluye que los trabajadores del Centro Geriátrico Esteban Quirola de la ciudad de Machala, poseen conocimientos suficientes acerca de los cuidados básicos como la alimentación, la implementación de los juegos lúdicos, las enfermedades más comunes que se presenta el adulto mayor, el manejo de las úlceras por presión, y cómo manejar los factores para prevenir caídas

Palabras clave: Atención integral de salud, Adulto mayor, enfermería, Cuidado de Enfermería.

Abstract

Introduction: Aging is a biological process considered a stage of life in which a series of structural and functional changes are experienced that take place over time, turning us into a situation of vulnerability. **Objective:** To analyze the attitudes and practices of comprehensive nursing care in the elderly in an Esteban Quirola Geriatric Center in the city of Machala-Ecuador. **Materials and methods:** It is a descriptive, cross-sectional study with census sampling. The sample consisted of 17 workers that include nursing technicians, nursing assistants, nutritionists, physiotherapists and social services, to whom a previously validated survey made up of 33 questions organized in 8 sections: 1) demographic data; 2) general care; 3) biosecurity; 4) diseases of the elderly; 5) feeding; 6) physical and recreational activity; 7) communication and 8) relationship, training. **Results:** A predominantly female population was found with 77.78%, 61.11% of the workers are in an age range between 31 and 50 years. Regarding general care, 66.67% of workers know about pressure ulcers, 44.44% stated that the patient's skin should be assessed and kept hydrated, 37.04% indicated that it should be changed position the patient every 2 hours. **Conclusion:** It is concluded that the workers of the Esteban Quirola Geriatric Center in the city of Machala have sufficient knowledge about basic care such as food, the implementation of playful games, the most common diseases that the elderly present, management of pressure ulcers, and how to manage factors to prevent falls.

Key words: Comprehensive health care, Elderly, nursing, Nursing Care.

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico considerada una etapa de la vida¹ en el que se experimenta una serie de cambios estructurales y funcionales que se van dando con el pasar de los tiempos volviéndonos en una situación de vulnerabilidad. Los cambios que se producen al envejecer hacen que el adulto mayor se vuelva susceptibles y con múltiples discapacidades en estado de semi-dependencia, severa o total necesiten de cuidados especiales^{2,3}.

La tarea del cuidado integral del adulto mayor demanda mucha competencia y ha enfrentado grandes desafíos⁴ en los cuidadores ya que previo a sus cuidados necesitan ser capacitados para satisfacer la necesidad del individuo sobre todo en aquellos que sufren de alguna enfermedad crónica, enfermedades psicológicas que son las más frecuentes en los adultos mayores. En cuidados integrales de enfermería que debemos tomar en cuenta son: higiene corporal, higiene bucal, ayudarles a mantenerse activo, ejercicio moderado, mantener un reposo adecuado, cuidado de la piel, alimentación, afectividad, prevenir caídas, asistencia médica, geriátrica, rol de gestora, asistencial, docente, investigadora entre otros.⁵

Existen varios aspectos que repercuten negativamente en el adulto mayor, así como las limitaciones funcionales, la depresión, soledad, aspecto físico deficitario, sin embargo, poseen una avanzada competencia para superar dificultades y con su vital experiencia componen una fuente de sabiduría que debe ser aprovechada.⁶

Es importante resaltar sus aptitudes y actitudes, recordando que son personas que poseen una perspectiva un poco más pesimista que la de un joven disminuyendo su capacidad de desenvolverse y disfrutar de su madurez satisfactoriamente, poniendo así en práctica formas o recursos que a ellos les permita desenvolverse, sentirse amados y útiles en todo proceso hasta su deceso.⁷

Según los resultados de la Organización Mundial de la Salud, se estima que existen aproximadamente 900 millones de adultos mayores en el planeta que corresponde al 8.2 % de las personas. Se estima que para el 2030 este porcentaje aumentará al 16.6 % y en 2050 al 21.4 %, es decir, a mitad del presente siglo habrá más personas mayores de 65 años que niños menores de 14 años en el mundo.⁸

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. “Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la larga duración de vida, la esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más”.⁹

Dato local 2019; Según datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), la población de adultos mayores en Ecuador llegará hasta finales de próximo año 2020 a 1,3 millones es decir un 33 % más que en el 2010 que fue el último censo “población y vivienda” que se realizó, es decir; se calculó un estimado de 998.00 de personas adultos mayores lo que significa que el 2020 habría 28 adultos

mayores por cada 100 niños menores de 15 años de edad, mientras que en 1950 eran 13.¹⁰

En un estudio realizado en Cuba en el cual se encuestaron 57 cuidadores de los adultos mayores en donde se demostró que no tienen los conocimientos y/o habilidades para desarrollar su labor, lo cual limita el trabajo asistencial. Dentro de los aspectos menos conocidos por los encuestados se incluye que 70 % de los cuidadores no conocían la forma de evitar el estrés, 64 % refirió que alimenta al anciano sin ningún plan nutricional.¹¹

El Hogar de Ancianos “Esteban Quirola Figueroa” alberga personas en condiciones mínimas tales como: demencia senil, discapacidad física, problemas reumáticos y abandono familiar es por ello que debemos brindarles la importancia que merecen, dedicar cuidados teniendo nociones básicas de las problemáticas que son a nivel social, psicológico y cuidados de enfermería, cuidar el paciente 24 horas si así lo amerita, ofrecer apoyo emocional, familiar, brindar sesiones de terapia ocupacional, física y del habla, ayudar a tramitar asuntos prácticos en personas de más de 60 años, poder brindar también un cuidado integral óptimo de calidad, responsable dedicado a potencializar sus actitudes haciéndoles ver que también se puede envejecer positivo y exitosamente. El objetivo de la presente investigación es analizar las actitudes y prácticas del cuidado integral de enfermería en el adulto mayor de un Centro Geriátrico Esteban Quirola de la ciudad de Machala-Ecuador.

2 Materiales y Métodos

Es un estudio descriptivo, transversal el muestreo fue censal a criterios. La muestra estuvo constituida por 17 trabajadores que incluyen a técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería, nutricionista, fisioterapeutas y servicio social.

Criterios de inclusión: personal que brinda cuidados integrales a los adultos mayores del centro geriátrico. Criterios de exclusión: Personal que trabaja en el área administrativa que no brinda cuidados integrales

Se utilizó un instrumento de recolección de datos elaborado por los autores y validado a criterio de expertos conformado por 33 preguntas distribuidas en las siguientes secciones: 1) datos demográficos que incluye variables como el género, edad, nivel de instrucción, cargo que desempeña en la institución, motivo por el que desempeña el cargo, jornada laboral, tiempo que lleva laborando, 2) cuidados generales, 3) bioseguridad, 4) enfermedades del adulto mayor, 5) alimentación, 6) actividad física y lúdica, 7) comunicación y relación; y por último 8) capacitación.

El análisis de la información se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15 a través de tablas de frecuencias y porcentajes

3 Resultados

Se observó que el mayor porcentaje de la población de estudio es el género femenino con el 77.78 %, el rango de edad relevante fue de 31 a 50 años. En cuanto al nivel

de instrucción que tiene el personal del centro geriátrico la secundaria completa se presentó con un porcentaje de 27,8 % y con menos proporción de secundaria incompleta el 11,11 %, el cargo que predomina dentro de la institución son los auxiliares de enfermería con un 33,3 %; la jornada laboral dominante es de 8 horas con un 66,7 % (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Genero		
Femenino	14	77,8 %
Masculino	4	22,2 %
Total	18	100,0 %
Edad		
20 – 30	4	22,2 %
31 – 50	11	61,1 %
51 – 60	3	16,7 %
Total	18	100,0 %
Nivel de Instrucción		
Primaria Incompleta	1	5,6 %
Secundaria Completa	5	27,8 %
Secundaria Incompleta	2	11,1 %
Técnico Medio	4	22,2 %
Universitario	3	16,7 %
Educación Superior	3	16,7 %
Total	18	100,0 %
¿Qué cargo desempeña en la institución?		
Auxiliar de Enfermería	6	33,3 %
Técnico de Enfermería	1	5,6 %
Otros	11	61,1 %
Total	18	100,0 %
Motivo por el que desempeña la labor en esta Institución		
Remuneración	17	94,4 %
Voluntariado	1	5,6 %
Total	18	100,0 %
Jornada laboral que usted realiza en esta Institución		
12 horas	3	16,7 %
8 horas	12	66,7 %
4 horas	3	16,7 %
Total	18	100,0 %
Tiempo lleva laborando en la institución		
Menos de 1 año.	6	33,3 %
De 2 a 4 años.	2	11,1 %
Más de 5 años.	10	55,6 %
Total	18	100,0 %

Dentro de la sección cuidados generales las actividades que más se utiliza para dar ayuda al adulto mayor es brindar la confianza necesaria y tratar de mantener una buena comunicación con un valor del 32,4 %, se pudo observar que los trabajadores si conocen sobre las úlceras por presión en un 66,7 %, valor que se relación con el conocimiento de valorar y mantener la piel del paciente hidratado con un 44,4 % como medida de prevención; el factor de riesgo más predominante para sufrir una caída están las escaleras inseguras con un 39,3 %; los cuidados que más se aplican a un paciente diabético es una alimentación saludable con un 53,1 % (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección cuidados generales

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuáles son las actividades que usted realiza con el fin de brindarle la ayuda necesaria al adulto mayor?	Ayuda a realizar los cuidados ante la ausencia de personal	10	27,0%
	Se integra en actividades físicas y recreativas	7	18,9%
	Proporciona ayuda máxima en el autocuidado	8	21,6%
	Brinda la confianza necesaria y trata de mantener una buena comunicación con el usuario	12	32,4%
Total		37	100,0%
¿Conoce usted qué es una úlcera por presión?	Si	12	66,7 %
	No	6	33,3 %
	Total	18	100,0

Tabla 2. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección cuidados generales...continuación

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce cómo se podrían prevenir las úlceras por presión en el Adulto mayor?	Valorar y Mantener la piel del paciente hidratado	12	44,4%
	Cambiar de posición al paciente cada 2 horas o según a sus necesidades	10	37,0%
	Mantener la ropa de la cama con pliegues.	3	11,1%
	Realizar el baño del paciente una vez al mes.	2	7,4%
	Total	27	100,0%
Señala dos factores de riesgo para sufrir una caída	Escaleras Inseguras	11	39,3%
	Hospitalización	4	14,3%
	Lesiones de tejidos blandos	3	10,7%
	Fracturas	10	35,7%
Total	28	100,0%	
¿Cuáles son las principales consecuencias de una caída en el adulto mayor?	Fracturas	12	42,9%
	Miedo a caerse otra vez	7	25,0%
	Depresión	6	21,4%
	Desgarros musculares	3	10,7%
	Total	28	100,0%
¿Qué cuidados se aplican a un paciente diabético?	Una alimentación baja en azúcar, grasas, carbohidratos	17	53,1%
	Le sugiere realizar ejercicio o caminatas al menos por 15-30 min	9	28,1%
	Utilizar calzado abierto y ajustado en verano.	4	12,5%
Total	32	100,0%	
¿Qué cuidados se aplican a un paciente con Hipertensión Arterial?	Alimentación baja en sal y en grasas	16	43,2%
	Le sugiere realizar ejercicio o caminatas al menos por 15-30 min	6	16,2%
	Realiza el control diario de los signos vitales	14	37,8%
	Aumentar el consumo de bebidas estimulantes (café, té y gaseosas)	1	2,7%
Total	37	100,0%	

Dentro de la sección de bioseguridad tenemos que el personal si posee conocimiento acerca de las normas que esto implica con un porcentaje de 66,7 %; al enfocarnos en la actualidad la telemedicina ha jugado un papel importante teniendo un 88,9 % que están de acuerdo con esta nueva modalidad de salud. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección bioseguridad

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce usted acerca de las Normas de Bioseguridad?	Mucho	12	66,7 %
	Poco	5	27,8 %
	Nada	1	5,6 %
	Total	18	100,0 %
¿Realiza el lavado de manos antes, durante y después del contacto con el adulto mayor?	Mucho	15	83,3 %
	Poco	3	16,7 %
	Total	18	100,0 %
Utiliza guantes al momento de realizar procedimientos con sangre, vómito, fluidos corporales.	Siempre	17	94,4 %
	Nunca	1	5,6 %
	Total	18	100,0 %
¿Está usted de acuerdo con la implementación de la telemedicina por la pandemia del COVID-19?	De Acuerdo	16	88,9 %
	En Desacuerdo	2	11,1 %
	Total	18	100,0 %

Dentro de las enfermedades más comunes en el adulto mayor tenemos con un 27,3 % la diabetes y un 23,6 % enfermedades mentales; las complicaciones que más consideran dentro de la hipertensión arterial esta la insuficiencia cardíaca con el 35,5 %, el personal que labora en la institución considera que los trastornos emocionales que más presentan los adultos mayores es la depresión con un 25 % y las demencias con un 18,8 %. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección enfermedades del adulto mayor

Preguntas	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Los adultos mayores son personas vulnerables y más propensos a presentar algún tipo de enfermedad. Señale cuales son las enfermedades más comunes en los adultos mayores	Diabetes	15	27,3%
	Fibromialgia	3	5,5%
	Enfermedades mentales	13	23,6%
	Vasculitis	5	9,1%
	Trastornos del sueño	9	16,4%
	Discapacidad	10	18,2%
Total		55	100,0%
¿Cuáles son las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos mayores?	Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatía isquémica, valvulopatías)	12	25,0%
	Enfermedades Respiratorias (EPOC, Tuberculosis)	4	8,3%
	Enfermedades endocrinas (Diabetes)	11	22,9%
	Enfermedades Neurológicas (Alzheimer, Parkinson)	17	35,4%
	Cáncer	4	8,3%
Total		48	100,0%
¿Cuál considera usted que serían las complicaciones de la Hipertensión Arterial?	Insuficiencia Renal Aguda o Crónica	6	19,4%
	Aneurisma	6	19,4%
	Insuficiencia Cardíaca	11	35,5%
	Accidentes cerebrovasculares	8	25,8%
	Total		31
¿Cuáles son los trastornos emocionales que los adultos mayores presentan con mayor frecuencia?	Depresión	16	25,0%
	Bipolaridad	8	12,5%
	Ansiedad	11	17,2%
	Miedo	11	17,2%
	Estrés	6	9,4%
	Demencia	12	18,8%
Total		64	100,0%

El 100 % del personal conoce acerca de los requerimientos nutricionales necesarios para los adultos mayores mismo valor que se relaciona con el consumo diario de agua de 6 a 8 vasos complementarios a las comidas; 55,56 % de los trabajadores del centro geriátrico respondieron que es recomendable consumir alimentos de 5 a 6 veces al día, (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección alimentación

Variables	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce usted los requerimientos nutricionales (alimentos recomendados) para los adultos mayores?	Si	18	100,0 %
En la institución existe un profesional encargado del aporte nutricional (alimentación y dietas necesarias) de los adultos mayores	Si	17	94,4 %
	No	1	5,6 %
	Total	18	100,0 %
¿Cuántas veces al día es recomendable que coma el Adulto Mayor?	1 a 2 veces al día	1	5,6 %
	3 a 4 veces al día	7	38,9 %
	5 a 6 veces al día	10	55,6 %
	Total	18	100,0 %
¿Consumo diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas?	Verdadero	17	94,4 %
	Falso	1	5,6 %
	Total	18	100,0 %
¿Aumenta el consumo de leche y productos lácteos?	Verdadero	3	16,7 %
	Falso	15	83,3 %
	Total	18	100,0 %
¿Consumo diariamente de 6 a 8 vasos de agua complementarios a las comidas?	Verdadero	18	100,0 %

Los ejercicios más recomendados para el adulto mayor son los estiramientos, giro de brazos, cabeza y tronco con un 42,9 % este valor se relaciona con los beneficios como la mejora de la concentración, apetito entre otros con un 62,5 %; el 100 % de los trabajadores respondieron que, si se implementan juegos lúdicos dentro de la institución, siendo el bingo con un 37,1 % el juego lúdico más aplicado. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección actividad física y lúdica

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué ejercicios son recomendados para el adulto mayor?	Estiramientos y giro de brazos, cabeza y tronco.	15	42,9%
	Caminar, bailar.	14	40,0%
	Ejercicios de tonificación	6	17,1%
	Total	35	100,0%
¿Cuál es el tiempo semanal recomendado para la realización de actividad física en el adulto mayor?	40 minutos	7	38,9 %
	150 minutos	2	11,1 %
	60 minutos	2	11,1 %
	20 minutos	7	38,9 %
	Total	18	100,0 %
¿Cuáles son los beneficios de realizar actividad física en el Adulto mayor?	Mejora la concentración, apetito y sueño, ayuda a mantener el equilibrio y coordinación de movimientos	15	62,5%
	Disminuye la fuerza muscular, previene la obesidad, aumentan las concentraciones de glucosa en la sangre.	1	4,2%
	Mejora la resistencia aeróbica y cardiovascular, disminuye el apetito y sueño del adulto mayor.	8	33,3%
	Total	24	100,0%
¿En el centro geriátrico se implementan juegos lúdicos?	Si	18	100,0%
Con qué frecuencia se realizan juegos lúdicos en la institución	Frecuentemente	12	66,7 %
	Ocasionalmente	3	16,7 %
	Pocas veces	3	16,7 %
	Total	18	100,0 %
Dentro de la institución ¿Cuáles son los juegos lúdicos que se realizan con más frecuencia?	Bingos	13	37,1%
	Rompecabezas	9	25,7%
	Sopa de Letras	4	11,4%
	Juegos de mesa	9	25,7%
	Total	35	100,0%

El personal refiere mantener una adecuada comunicación con un 88,9 %; el 55,6 % manifestó que los adultos mayores en su mayoría si poseen un soporte familiar y emocional estable, en cuanto a los estados emocionales tenemos en mayor proporción un 33,3 % que manifiestan alegría y 29,6 % tristeza. (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección comunicación y relación

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Con qué frecuencia mantiene usted una adecuada comunicación con el adulto mayor?	Siempre	16	88,9 %
	Pocas veces	2	11,1 %
	Total	18	100,0 %
¿Con qué frecuencia interactúa usted con los adultos mayores?	Siempre	15	83,3 %
	Medianamente	1	5,6 %
	Pocas veces	2	11,1 %
Total	18	100,0 %	
¿Considera usted que el adulto mayor tiene un soporte familiar y emocional estable?	Si	10	55,6 %
	No	8	44,4 %
	Total	18	100,0 %
¿Con qué frecuencia los familiares visitan al adulto mayor?	Siempre	4	22,2 %
	Casi siempre	4	22,2 %
	Medianamente	4	22,2 %
	Pocas veces	6	33,3 %
	Total	18	100,0 %
¿Qué estado emocional es más común en los adultos mayores del centro Geriátrico?	Tristeza	8	29,6%
	Ira	2	7,4%
	Alegría	9	33,3%
	Soledad	5	18,5%
	Desánimo	3	11,1%
Total	27	100,0%	

El 100 % de los trabajadores que le gustaría tener mayor información acerca de los cuidados específicos, así mismo el 83,3 % señalo que si tienen un dominio adecuado sobre manejo y cuidados; dentro de la institución el personal si recibe capacitación con un porcentaje de 44,4 %. (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución de los reactivos de acuerdo a la sección capacitación

Pregunta	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
¿Le gustaría tener mayor información sobre los cuidados específicos hacia el adulto mayor para servir mejor en esta institución?	Si	18	100,0 %
	No	0	0,0 %
¿Cree Ud. que tiene un dominio adecuado sobre el manejo y cuidado específico que debe brindar al adulto mayor en esta institución?	Mucho	15	83,3 %
	Poco	3	16,7 %
	Total	18	100,0 %
¿Con qué frecuencia reciben capacitación dentro de la institución?	Siempre	8	44,4 %
	Casi siempre	2	11,1 %
	Medianamente	3	16,7 %
	Pocas veces	4	22,2 %
	Nunca	1	5,6 %
Total	18	100,0 %	

4 Discusión

Para comenzar se pudo evidenciar que un 66,67 % de los trabajadores si conocen que es una úlcera por presión. Se considera que este resultado es debido a que no todos los trabajadores laboran en el cuidado directo del adulto mayor, sino que realizan labores en cocina, limpieza y traslado; estos resultados se relacionan con un estudio realizado en la ciudad de Ibarra en el Asilo de ancianos León Rúaless en cuanto al conocimiento que poseen los cuidadores se evidenció que el 90 % refieren conocer la definición de una úlcera por presión, adicional a esto existe un porcentaje muy minoritario del 10 % que desconocen su concepto.¹²

Por otro lado, con un 39,29 % de los trabajadores del centro geriátrico indicaron que un factor de riesgo de caídas en el adulto mayor son las escaleras inseguras, en menor proporción un 35,71 % manifestaron las fracturas, el 14,29 % mencionaron la hospitalización, mientras que un 10,71 % señalaron las lesiones en los tejidos blandos. De igual manera en Cuba se realizó un estudio encontrando que los factores de riesgo de caídas intrínsecos más frecuentes fueron: hipertensión arterial y uso de hipotensores (75,4 %, respectivamente), alteraciones visuales, tales como cataratas (66,7 %); hábito de tomar café (63,2 %) y artrosis (59,6 %), según el índice de Barthel.¹³

Entre las enfermedades del adulto mayor que el personal considera más comunes encontramos la diabetes con un 27,27 %, seguido de enfermedades mentales en un 23,64 %, así como las discapacidades con el 18,18 %, si referenciamos que la diabetes es la segunda causa de muerte en el Ecuador, que causa daños sistémicos y discapacidades. Así mismo la HTA resultó ser la enfermedad crónica con mayor prevalencia en ancianos en todas las ciudades que realizaron la Encuesta SABE (Buenos Aires, Bridgetown, Sao Paulo, Santiago, La Habana, Ciudad de México y Montevideo).¹⁴

Además, se pudo comparar la importancia del consumo de líquidos en los adultos mayores con los resultados obtenidos en el estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, el cual refiere que un 79,4 % deben consumir 5 tazas de agua al día, es decir que el 48,6 % consumían una cantidad de dos litros de agua; el 46,7 % tomaba un litro (4 vasos) y el 4,7 % sólo consumió 2 vasos;¹⁵ de forma similar en nuestro estudio un 100 % refiere que es recomendable consumir de 6 a 8 vasos de agua complementarios a las comidas, valores que nos

dan como referencia la importancia de la hidratación en el adulto mayor.

5 Conclusión

Se concluye que los trabajadores del Centro Geriátrico Esteban Quirola de la ciudad de Machala, poseen conocimientos suficientes acerca de los cuidados básicos como la alimentación, la implementación de los juegos lúdicos, las enfermedades más comunes que se presenta el adulto mayor, el manejo de las úlceras por presión, y cómo manejar los factores para prevenir caídas, sin embargo se deben reforzar estos conocimientos a través de capacitaciones y charlas con la finalidad de mejorar el cuidado integral a los adultos mayores.

Reforzar estos conocimientos permite mejorar las actitudes de los cuidadores hacia los adultos mayores, contribuyendo a brindar un cuidado integral eficiente y eficaz, teniendo un desempeño excelente por parte de los trabajadores adoptando actitudes humanísticas, con responsabilidad.

Por último, existe una gran problemática en cuanto a brindar cuidados y al abandono que sufren las personas adultas mayores afectando así tanto su salud mental y física, ya que muchos de los cuidadores no poseen la vocación de cuidadores y realizan un trabajo sin ninguna capacitación y orientación.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. PérezI TdJM, AragónII CMG, LeónI GC, Aguiar BG. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Revista Finlay. 2018 Enero- marzo; 8(1).
2. Ramos1 EF, Andrade2 LC, Luna3 JEE. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. ISSN. 2016 Dic;; p. 14.
3. Ávila NR. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horizonte sanitario. 2018 Enero- Abril; 17(2).
4. Cabrera MC, González BF, Veloz MG, Álvarez JD. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. revista de ciencias medicas de Pinar del Rio. 2019 Marzo-abril; 23(2).
5. Cotacachi VRA. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidado al adulto mayor en las familias de la comunidad

- San José de Cerotal Antonio Ante - Imbabura 2017. Scielo. 2017 Octubre; 2(5).
6. Ana Rayén Condeza1 GBGVCCXBRRMGFF. Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. ISSN. 2016 Junio; p. 38.
 7. Maya2 AMAGyÁMS. Análisis del concepto de envejecimiento. ISSN. 2015 Junio; 35.
 8. Jiménez-Ochoa S, Landeros-Pérez ME, Huerta-Franco MR. Efecto del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayo. El sevier. 2015 mayo; 25(5).
 9. Michael ARD, Pamela CTE. "Factores asociados a la desnutrición o riesgo de desnutrición en los adultos mayores que acuden al "Centro Gerontológico Juan Pablo II. SIGSIG - 2019". UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA. 2019 Mayo- agosto.
 10. Machado J. primicias. [Online].; 2019. Available from: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-adultos-mayores-poblacion/>.
 11. Delgado MRL, Martinto. CEP. Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina. 2019; 58(3).
 12. Hernández AYN. Conocimiento y práctica de los cuidadores de adultos mayores sobre úlceras por presión en asilos de la ciudad de Ibarra, 2018. Universidad Tecnica del norte. 2018 Noviembre; 2(4).
 13. Moya A, Melina D, Ariza Naupay CS. Factores asociados a caídas en el adulto mayor en el programa de atención domiciliaria. Revista Peruana de la salud. 2018 Marzo; 2(5).
 14. Diego Chavarro-Carvajal CCG. Anciano con diabetes y factores asociados Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Acta Médica Colombiana. 2017 Octubre-diciembre; 42(4).
 15. Vanegas Izquierdo PE, Peña Cordero S, Salazar Torres K. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2017; 12(3).



Percepción del riesgo en adolescentes sobre el consumo de sustancias adictivas

Perception of the risk in adolescents on the consumption of addictive substances

Anabel Sarduy Lugo^{1*}, Nancy Domínguez Rodríguez¹, Elsie Saavedra Alvarado¹, Margarita Lamas González¹

¹ Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador

*anabelsarduy@gmail.com



Recibido: 3 de agosto de 2020

Aceptado: 28 de octubre de 2020

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias adictivas por los adolescentes constituye un creciente problema a nivel mundial. Ecuador tiene los reportes más elevados con respecto a otros países de Sudamérica. **Objetivo:** Determinar el nivel de percepción del riesgo de los adolescentes en relación al consumo de sustancias adictivas. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal en una muestra no probabilística, intencional de 431 adolescentes. **Resultados:** las sustancias psicotrópicas más utilizada son las bebidas alcohólicas en 60,2%; existe predominio del inicio de consumo de sustancias entre los 14 y 18 años de edad y el 4,4% revelan haber presentado inconvenientes en su salud por el consumo de estas sustancias. **Conclusiones:** Existe un bajo nivel de percepción del riesgo de los adolescentes en relación al consumo de sustancias lo que señala la necesidad de reforzar el conocimiento del daño potencial que ocasionan en este grupo vulnerable.

Palabras clave: adolescentes; consumo; drogas; sustancias.

Abstract

Introduction: The consumption of addictive substances by adolescents constitutes a growing problem worldwide. Ecuador has the highest reports with respect to other countries in South America. **Objective:** To determine the level of perception of the risk of adolescents in relation to the consumption of addictive substances. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study in a non-probabilistic, intentional sample of 431 adolescents. **Results:** the most used psychotropic substances are alcoholic beverages in 60.2%; there is a predominance of the beginning of substance use between 14 and 18 years of age and 4.4% reveal that they have presented health problems due to the consumption of these substances. **Conclusions:** There is a low level of perception of the risk of adolescents in relation to substance use, which indicates the need to reinforce the knowledge of the potential harm they cause in this vulnerable group.

Key words: teenagers; consumption; drugs; substances.

1 Introducción

El consumo de sustancias adictivas por la población adolescente constituye un creciente problema de origen multifactorial que ha ido aumentando durante los últimos años, paralelamente se ha evidenciado un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo típicas en adolescentes que excede al ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerable además de la connotación legal, educativa y política, que exige un análisis minucioso desde diferentes aristas.

Los resultados de los estudios sobre el consumo de drogas durante esta etapa de la vida ponen de manifiesto

las graves y múltiples consecuencias que pueden generar en la personalidad del adolescente.

La dependencia del consumo de drogas en Ecuador es la más alta con respecto a otros países de Sudamérica según un estudio de la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Al estado ecuatoriano le corresponde desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

El Acuerdo Nacional Ecuador 2030, para la prevención de adicciones, se instaló para trabajar en la construcción de estrategias de prevención integral y control del fenómeno socioeconómico de las drogas donde se presentaron tres frentes o áreas de acción importantes las cuales radican en el sistema nacional de información sobre el fenómeno socioeconómico de las drogas; la implementación de estrategias de intervención integral y tratamiento del consumo de drogas en la comunidad con la correspondiente coordinación y articulación multisectorial.

La Universidad Estatal Península de Santa Elena a través de la Carrera de Enfermería cuenta con un grupo de docentes que han desarrollado un proyecto de investigación conjuntamente con estudiantes de la propia carrera donde la problemática a investigar son los factores que inciden en el consumo de drogas en adolescentes de 14 a 18 años en Unidades Educativas de la Provincia Santa Elena entre los años 2018 al 2020.

El equipo multidisciplinario, junto a las autoridades de la Carrera de Enfermería y de la Universidad Estatal Península de Santa Elena han generado estrechar lazos entre los canales comunicativos y de colaboración dentro de las Unidades Educativas que han sido seleccionadas para realizar el estudio avalado por los convenios existentes entre la Carrera de Enfermería y el Distrito de Educación 24D02. Este estudio se sustentó en la Declaración de Helsinki, en donde se establecen los criterios de respeto, confidencialidad y dignidad de las personas.

Problema científico: ¿Qué nivel de percepción de riesgo tienen los adolescentes de las Unidades Educativas de Santa Elena sobre el consumo de sustancias adictivas?

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de percepción del riesgo de los adolescentes en relación al consumo de sustancias adictivas

2 Métodos

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal en estudiantes de la Unidad Educativa Colegio UPSE del Cantón La Libertad entre los años 2018 y 2019, que tiene por objetivo determinar el nivel de percepción del riesgo de los adolescentes en relación al consumo de sustancias adictivas.

La población de estudio la constituyeron 436 y la muestra seleccionada por muestreo no probabilístico intensional u opinático quedó conformada por 431 estudiantes perteneciente a la Unidad Educativa Colegio UPSE de la Provincia de Santa Elena subordinado al Distrito de Educación 24D02, los cuales dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Como instrumento de recolección de datos, se utilizó el cuestionario ASSIST validado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cual fue aplicado a los estudiantes.

Se valoró la evolución de los fenómenos y tendencias, se examinó los cambios a través del tiempo, siendo el criterio de inclusión estudiantes legalmente matriculados que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

Se realizó una socialización a estudiantes y docentes del plantel donde se presentaron los objetivos de la actividad.

Las variables estudiadas fueron: nivel de percepción del riesgo, sustancias estupefacientes consumidas, frecuencia del consumo de sustancias adictivas, frecuencia de sentir deseo de consumir, frecuencia de problemas de salud, sociales, legales o económicos causado por el consumo de sustancias adictivas, frecuencia con que las personas se preocupan por el consumo de estas sustancias.

Este estudio se sustentó en la Declaración de Helsinki, en donde se establecen los criterios de respeto, confidencialidad y dignidad de las personas, que describe lo siguiente: se deberá contar con el consentimiento por escrito; por tanto, se tuvo en cuenta los principios éticos de la investigación, se respetó la voluntariedad de los estudiantes para participar en el estudio y el consentimiento informado, así como la posibilidad de abandonar el mismo en el momento que lo desearan.

La información recolectada se llevó a una base de datos y fue procesada a través del paquete estadístico SPSS 21 lo cual permitió el análisis de los resultados y la construcción de las tablas.

3 Resultados

El análisis de los datos recabados permitió conocer que los adolescentes se encontraban en un rango de edad comprendida entre catorce a dieciocho años, correspondiente a los cursos de bachilleratos del colegio UPSE.

Tabla 1. Sustancias adictivas consumidas por los adolescentes

Sustancias consumidas	No	%
Tabacos	4	0,92
Bebidas alcohólicas	107	24,82
Cannabis	11	2,55
Cocaína	4	0,92
Alucinógenos	21	4,87
Opiáceos	19	4,40
Otros	13	3,01

Fuente: Cuestionario ASSIST

Los resultados en relación a las sustancias adictivas consumidas por los adolescentes estudiados muestran que las bebidas alcohólicas son las más utilizadas por ellos, en un 24,82 % seguido del consumo de alucinógenos (4,87) y opiáceos (4,40) respectivamente. Tabla 1

Tabla 2. Frecuencia del consumo según tipo de sustancias adictivas en los últimos tres meses

Frecuencia del consumo	Nunca	Diario	Semanal	Mensual	Total
Tabaco	400	0	5	26	431
Bebidas alcohólicas	324	9	24	74	431
Cannabis	427	0	1	3	431
Cocaína	429	0	0	2	431
Anfetaminas	420	1	2	8	431
Sedantes	429	0	0	2	431
Alucinógenos	429	0	2	0	431
Opiáceos	430	0	0	1	431

Fuente: Cuestionario ASSIST

En la tabla 2 se puede apreciar la frecuencia del consumo según el tipo de sustancia adictiva en los últimos tres meses,

donde se evidencia que las bebidas alcohólicas muestran la mayor frecuencia de consumo diario, semanal y mensual, seguidas del tabaco. El resto de las sustancias consumidas por los adolescentes, estos lo hacen con una frecuencia muy baja.

Tabla 3. Frecuencia con que los adolescentes sienten deseos de consumir sustancias adictivas

Frecuencia del consumo	Nunca	Diario	Semanal	Mensual	Total
Tabaco	400	7	9	15	431
Bebidas alcohólicas	354	1	16	60	431
Cannabis	430	0	0	1	431
Cocaína	427	0	2	2	431
Anfetaminas	425	0	2	4	431
Sedantes	429	0	0	2	431
Alucinógenos	430	0	0	1	431
Opiáceos	431	0	0	0	431

Fuente: Cuestionario ASSIST

La frecuencia con que los adolescentes sienten la necesidad de consumir sustancias adictivas revela que el 17,86 % de los adolescentes sienten deseos de consumir bebidas alcohólicas, seguido del consumo de cigarrillos en un 7,19 %.
Tabla 3

Tabla 4. Frecuencia de problemas de salud, sociales, legales o económicos a causa del consumo de sustancias adictivas

Frecuencia del consumo	Nunca	1-2 veces	Diario	Semanal	Mensual	Total
Tabaco	412	5	2	0	12	431
Bebidas alcohólicas	354	3	0	14	60	431
Cannabis	422	7	0	1	1	431
Cocaína	430	1	0	0	0	431
Anfetaminas	427	2	2	0	0	431
Sedantes	426	2	1	0	2	431
Alucinógenos	429	2	0	0	0	431
Opiáceos	430	1	0	0	0	431

Fuente: Cuestionario ASSIST

Los resultados en relación a la presencia de problemas de salud, sociales, legales o económicos a causa del consumo de sustancias adictivas que se muestran en la tabla 4 demuestran que la ingestión de bebidas alcohólicas es la responsable de la mayoría de los problemas referidos por la población estudiada que se identifican en un 17,86 %. El resto de las sustancias utilizadas de forma esporádica por esta población no represento una fuente considerable de problemáticas a ningún nivel.

Tabla 5. Frecuencia de afectaciones de la actividad diaria por el consumo de sustancias estupefacientes

Frecuencia del consumo	Nunca	1-2 veces	Diario	Semanal	Mensual	Total
Bebidas alcohólicas	414	4	0	2	11	431
Cannabis	407	0	0	20	4	431
Cocaína	429	2	0	0	0	431
Anfetaminas	422	6	2	0	1	431
Sedantes	423	8	0	0	0	431
Alucinógenos	428	3	0	0	0	431
Opiáceos	431	0	0	0	0	431

Fuente: Cuestionario ASSIST

Los resultados en relación con las afectaciones que produce el consumo de sustancias adictivas en la actividad de la vida diaria arrojan resultados llamativos, ya que en este

sentido las bebidas alcohólicas pierden el papel preponderante el cual es ocupado por el consumo de cannabis, 20 estudiantes refirieron tener problemas con sus actividades diarias al menos una vez a la semana y 4 una vez al mes.

La tabla 6 muestra la frecuencia con que las personas se preocupan por el consumo de sustancias adictivas por parte de los estudiantes, donde se puede observar que la preocupación mayor es por el consumo de bebidas alcohólicas, seguidas del tabaco, sin embargo esta preocupación es aún escasa, los adolescentes manifestaron en su mayoría que nunca se interesan por saber si consumen o no drogas y que directamente evaden las preguntas realizadas a sus padres o familiares mientras que las respuestas de sus amigos con inmediatas, además señala que en la Unidad Educativa existen escasos Programas de Prevención de drogas limitando su importancia del no consumo, se puede observar que existen entre compañeros averiguaciones y dudas entre ellos dando como respuestas empíricas que no son fortalecidas por ayuda de profesionales especialistas en el tema, enunciaron que algunos padres y familiares están pendientes de controlar sus adicciones.

Tabla 6. Frecuencia con la que las personas se preocupan por el consumo de sustancias estupefacientes por parte de los estudiantes

Frecuencia del consumo	Nunca	En los últimos 3 meses	Hace más de 3 meses	Total
Tabaco	400	21	10	431
Bebidas alcohólicas	362	48	21	431
Cannabis	416	8	7	431
Cocaína	425	2	4	431
Anfetaminas	427	2	2	431
Sedantes	424	6	1	431
Alucinógenos	428	1	2	431
Opiáceos	428	2	1	431

Fuente: Cuestionario ASSIST

4 Conclusiones

El adolescente en muchos casos carece de una reflexión madura de lo que supone usar las drogas y, por tanto, puede verse comprometido por su grupo social y es así como puede activarse el deseo a consumir y su relación con hechos delictivos. En efecto, los resultados de esta investigación apuntan que la droga en sí misma no supone un riesgo, sino que lo que en realidad determina la situación de riesgo es la madurez o la capacidad de afrontamiento del adolescente para regular su consumo. Existe un bajo nivel de percepción de riesgo en los adolescentes en relación con el consumo de sustancias lo que señala la necesidad de reforzar el conocimiento del daño potencial que ocasionan en este grupo vulnerable.

5 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

6 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros de otro tipo.

7 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Jiménez , Hurtado. Variedades de traducción a la vista. Definición y clasificación. revista de Traductología. 2017; 7: p. 47-57.
2. Fedotov. Informe Mundial sobre las Drogas: Oficina de las Naciones Unidad Conta la Droga y el Delito; 2017.
3. Hoyos R, Székely M. Ninis en América Latina: 20 millones de jóvenes en búsqueda de oportunidades.; 2016.
4. Rosales T. EL Comercio. [Online].; 2017. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>.
5. Orellana C. Expreso. [Online].; 2017. Available from: <https://www.expreso.ec/guayaquil/la-hache-bajo-la-lupa-de-neurociencias-XB1416462>.
6. Orozco M. EL COMERCIO. [Online].; 2017. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-drogas-narcotrafico-datos-ministeriodelinterior.html>.
7. Rimassa. La Droga H. [Online].; 2017. Available from: <https://revistavive.com/la-droga-h/>.
8. Muñoz F. El Universo. [Online].; 2017. Available from: <https://www.aciprensa.com/recursos/cuales-son-las-consecuencias-del-abuso-de-drogas-2428>.
9. Q F. modalidades de investigacion. [Online].; 2011 [cited 2015 febrero 25. Available from: <http://metodologiafloresmagon.blogspot.com/2011/02/1.html>.
10. Portilla , Rojas , Hernández. Investigación cualitativa: una reflexión desde la educación como hecho social Pasto: Universidad Cooperativa de Colombia; 2014.
11. Rojas M. Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. Revista Electrónica de Veterinaria. 2015; 16(1): p. 1 - 14.
12. Valdez. Investigación Descriptiva. [Online].; 2016. Available from: <https://es.slideshare.net/GeidysValdezLiriano/investigacin-descriptiva-63857486>.
13. Navarro E, Eva J. Fundamentos de la investigación. [Online].; 2017. Available from: https://www.unir.net/wp-content/uploads/2017/04/Investigacion_innovacion.pdf.
14. Fundacion Manantiales. Tratamientos. [Online].; 2011. Available from: <http://www.manantiales.org/introduccion.php>.



Relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramirez Cuenca-Ecuador 2016

Relation between the oral hygiene index and periodontal index in 12-year-old schools in the parish Gil Ramirez Cuenca-Ecuador 2016

Nicole Estefanía Villavicencio Villavicencio*¹, Diana Patricia Álvarez Álvarez¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*tefvv48@gmail.com



Recibido: 16 de agosto de 2020

Aceptado: 3 de noviembre de 2020

Resumen

Los problemas en la salud oral se presentan con gran frecuencia afectando a gran parte de la población, de manera especial en niños, presentándose desde los primeros años de vida, ya que el nivel de higiene bucal en la mayoría es deficiente, las enfermedades dentales que se presentan con mayor frecuencia son las caries y la enfermedad periodontal, ocasionando dolor, daños y problemas en la salud oral de los niños, se estableció a los 12 años, como la edad global de aparición de caries y enfermedades periodontales. **Objetivo** de este estudio fue relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador periodo 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, relacional, en un total de 188 fichas teniendo como variables el Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon y el Índice Periodontal de Russell. **Resultados:** se obtuvo una correlación del Índice de higiene oral (IHO) e Índice periodontal (IPR) = 0.000. **Conclusión:** Según el estudio realizado se concluye que no existe relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramírez de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2016.

Palabras clave: escolares, higiene, índice, oral, periodontal (DeCS).

Abstract

Oral health problems occur with great frequency affecting a large part of the population, especially children, occurring from the first years of life, since the level of oral hygiene in most is poor, dental diseases Caries and periodontal disease, which cause pain, damage and oral health problems in children, are the most frequent ones, they are affected at 12 years, as the global age of appearance of caries and periodontal diseases. **Objective** of this study was to relate the oral hygiene index and the periodontal index in 12-year-old schoolchildren from the Gil Ramírez Parish in Cuenca Ecuador, period 2016. **Materials and methods:** A retrospective, descriptive, relational study was carried out, whose sample It had a total of 188 records, using the Green and Vermillon Simplified Oral Hygiene Index and the Russell Periodontal Index as variables. **Results:** a correlation of the Oral Hygiene Index (IHO) and the periodontal Index (IPR) = 0.000 was obtained. **Conclusion:** According to the study carried out, it is concluded that there is no relationship between the oral hygiene index and the periodontal index in 12-year-old schoolchildren from the Gil Ramírez parish in the City of Cuenca, in the period 2016.

Key words: schoolchildren, hygiene, index, oral, periodontal (MeSH).

1 Introducción

Los problemas del sistema estomatognático se presentan con gran frecuencia, afectando a gran parte de la población, sobre todo a niños, estos problemas se originan desde los

primeros años de vida, ya que el nivel de higiene bucal en la mayoría de niños es deficiente, las enfermedades dentales que se presentan con mayor frecuencia son las caries y la

enfermedad periodontal ocasionando dolor, daños y problemas en la salud oral de los escolares.^{1,2}

El cuidado de la higiene oral es de gran importancia para la salud de la persona en cualquier etapa, sin embargo, desde la niñez se debe tener un control adecuado acerca de la salud oral, ya que la falta de conocimiento, una alimentación incorrecta, son factores de riesgo que desencadenan en problemas orales en la vida del niño.³⁻⁵ La etapa escolar es muy importante, se instauró los 12 años como edad general de aparición de caries y enfermedades periodontales, la higiene oral deficiente produce gran acumulo de placa, ocasionando graves problemas en las piezas dentales del escolar.⁶⁻⁸

Es importante conocer el índice de higiene oral que fue creado en 1960 por Greene y Vermillon el cual mide las superficies de los dientes cubiertas con desechos de comida y cálculo dental, este índice fue simplificado incorporando únicamente seis superficies dentales representativas de todos los fragmentos anteriores y posteriores de la boca. Gracias a este índice podremos realizar un correcto diagnóstico para elaborar un tratamiento adecuado para el paciente.^{9,10}

Conocer cuál es el origen de las enfermedades periodontales, que manifestaciones clínicas presenta, de donde se origina la infección que provoca inflamación, estas son causadas por el descuido de los pacientes en su higiene oral, debido a un inadecuado control de placa bacteriana, el cual afecta a los tejidos de soporte de las piezas dentales.^{11,12} Es importante conocer el índice periodontal según los criterios de Russell, mediante este se podrá establecer la prevalencia y gravedad de dichas patologías, de esta manera será más fácil la elaboración de un protocolo correcto para su tratamiento.^{13,14}

Para la disminución de problemas dentales en escolares, es importante realizar medidas preventivas a edades tempranas, para evitar tener consecuencias a futuro. La educación de los padres es primordial en la vida del niño, siempre se debe enseñar en casa una adecuada higiene bucal acompañada de una dieta balanceada rica en nutrientes, de esta forma el escolar estará motivado para llevar una vida dental más saludable, sin tener problemas periodontales ni de caries.^{15,16}

Estos problemas orales en la niñez se deben tratar inmediatamente, en Latinoamérica existen ciertos países, que han realizado investigaciones sobre problemas periodontales y de caries en escolares de 12 años de edad, según un estudio realizado en Perú en niños de 12 años de edad se obtuvo como resultado que existe una prevalencia de caries en escuelas fiscales de un 86,6%, debido a una higiene oral deficiente.¹⁷ Mientras que en un estudio realizado en Colombia se obtuvo como resultado que existe un riesgo muy alto en cuanto a caries dentales con una prevalencia de un 57% en niños de 12 años.¹ En otro estudio realizado en Perú se obtuvo como resultado que algunos niños en la etapa escolar principalmente a los 12 años sufre de problemas periodontales como consecuencia de una higiene oral inadecuada.¹⁵

Sin embargo, las investigaciones a nivel de América del Sur son muy escasas, no existe suficiente evidencia científica, siendo este el caso de Ecuador, es por esto que se ha propuesto realizar una investigación epidemiológica, teniendo como objetivo: Relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador, en el periodo 2016.

2 Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, relacional, en el cual se analizaron datos de 188 fichas de la parroquia Gil Ramírez que reposan en el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, pertenecientes al macro estudio "Mapa Epidemiológico de Salud Bucal de Cuenca, se incluyeron aquellos datos de los pacientes de 12 años examinados en el año 2016, estos datos fueron tomados de cinco instituciones educativas localizadas en esta parroquia, las cuales son: Escuela de Educación Básica Fiscomisional Daniel Hermida, Unidad Educativa Octavio Cordero, Unidad Educativa San Francisco, Unidad Educativa Particular Dominicana San Luis Beltrán, Unidad Educativa Particular Santa Mariana de Jesús. Se excluyeron datos que no se encontraban completos y que presentaban algún tipo de incoherencia. La variable de estudio independiente fue el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon (IHOS), y la variable dependiente fue el Índice Periodontal de Russell (IPR), como covariable consta el sexo. La variable IHOS se analizó mediante tablas estadísticas descriptivas, al igual que la variable IPR, una vez realizada las características descriptivas de la distribución de frecuencia de las dos variables, se analizó la asociación de las mismas mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Estos resultados se presentaron por medio de gráficos de regresión lineal, los datos obtenidos se realizaron utilizando el software estadístico SPSS. La presente investigación no implica ningún conflicto bioético, ya que fue ejecutada sobre datos ya tomados, los mismo que reposan en la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, además se guardará la respectiva confidencialidad sobre los datos proporcionados.

3 Resultados

Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo

SEXO	n	%
FEMENINO	127	67,60%
MASCULINO	61	32,40%
Total	188	100%

Se evidenció que, de los 188 escolares examinados, el mayor porcentaje corresponde a pacientes de sexo femenino con un 67,60% en relación al sexo masculino

Tabla 2. Descripción del puntaje de IHO según el sexo

		ÍNDICE DE HIGIENE ORAL	
		FEMENINO	MASCULINO
N	Válido	127	61
	Pérdidos	0	0
Media		0,7216	0,8099
Mediana		0,6667	0,6667
Moda		0	1
Desviación estándar		0,69378	0,71805
Asimetría		2,359	1,329
Error estándar de asimetría		0,215	0,306
Curtosis		11,000	1,744
Error estándar de curtosis		0,427	0,604
Mínimo		0	0
Máximo		5	3

En cuanto al IHO acorde al sexo, se obtuvo un porcentaje promedio del 0,7216 % en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino se obtuvo un porcentaje del 0,8498 %.

Tabla 3. Descripción del puntaje de IPR acorde al sexo

		PUNTAJE DE IPR	
		FEMENINO	MASCULINO
N	Válido	127	61
	Pérdidos	0	0
Media		0,2164	0,2158
Mediana		0,0714	0
Moda		0	0
Desviación estándar		0,34097	0,41973
Asimetría		2,359	2,313
Error estándar de asimetría		0,215	0,306
Curtosis		6,417	4,336
Error estándar de curtosis		0,427	0,604
Mínimo		0	0
Máximo		1,92	1,63

En cuanto a la relación del puntaje de IPR según el sexo de los escolares, se determinó que según el sexo femenino existe un promedio de 0,2164 % mientras que en el sexo masculino el promedio fue de 0,2158 %

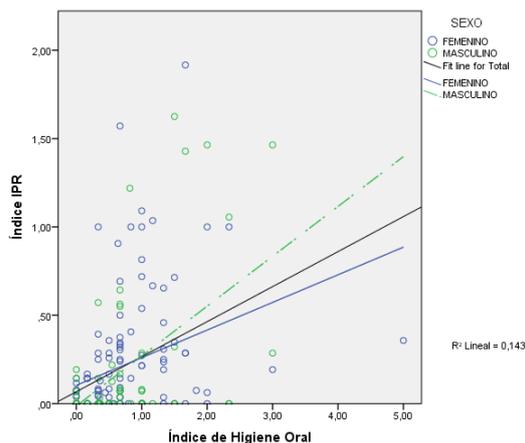


Fig. 1. Correlación entre las variables de la muestra

En la muestra de escolares, se realizó la prueba estadística de Spearman, en el cual se obtuvo una correlación IHO e IPR= 0.000, no existe relación lineal entre las variables de IHOS e IPR, mientras que los valores obtenidos en relación al sexo femenino y masculino fueron: F = 0.000 M = 0.038.

4 Discusión

El estudio tuvo como objetivo relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador, en el periodo 2016, con un total de 188 escolares, teniendo un 67,60 % de niñas y un 32,40 % de niños, se analizó el índice de higiene oral simplificado, teniendo como resultado un 0,7216 en el sexo femenino mientras que un 0,8099 en el sexo masculino, este estudio se relaciona con el estudio realizado por Jáuregui y Cols en la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca en una muestra de 109 escolares de 12 años de edad, un 58 % sexo femenino y un 42 % de sexo masculino, en el cual se obtuvo un índice de higiene oral de 0,7619 en el sexo femenino mientras que un 0,8478 en el sexo masculino, podemos darnos cuenta que en ambos estudios existe similitud en cuanto al índice de higiene oral.¹⁸

En nuestro estudio realizado tuvimos como resultados que el promedio de IPR según el sexo femenino fue de un 0,2164 mientras que del sexo masculino obtuvimos un 0,2158, al comparar con otra investigación realizada por Naranjo y Cols, se obtuvo en una muestra de 121 escolares de 12 años de edad, 47 % fueron de sexo masculino y 53 % de sexo femenino, se obtuvo un promedio de IPR de 0,238 para escolares de sexo femenino y de 0,268 para escolares de sexo masculino, podemos observar que los resultados son similares a los de nuestro estudio.¹⁹

Según Hurtado y cols, se realizó una investigación en Istmina Colombia, en 294 escolares de seis instituciones educativas en edades de 5, 7 y 12 años de edad, en donde se evaluó su estado de higiene bucal, teniendo un mayor predominio en el sexo masculino con un 52 %, lo que difiere de nuestro estudio ya que se realizó un estudio de 188 escolares en edad de 12 años, teniendo un mayor predominio en el sexo femenino con un 67,60 %, en cuanto al índice de higiene oral de este estudio, tuvo un promedio de 1,33 tanto en niños y niñas de 12 años, lo que difiere de nuestro estudio, demostrando que existe mayor prevalencia en la población de escolares de Colombia.¹⁶

En un estudio realizado por Ibarra y cols a un grupo de 185 escolares de 12 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, un 60 % corresponde al sexo femenino y un 40 % al sexo masculino en el cual se realizó el índice de higiene oral simplificado, dando como resultado un 1,14 para las mujeres y un 1,02 para los hombres, tiene similitud a nuestro estudio en cuanto a la muestra ya que tenemos un grupo de 188 de escolares de 12 años, teniendo un 67,60 % en el sexo femenino y un 32,40 % en el sexo masculino, donde se analizó el índice de higiene oral simplificado, teniendo como resultado un 0,7216 en el sexo femenino mientras que un 0,8099 en el sexo masculino, según estos datos, se obtiene como resultado que existe mayor prevalencia en los escolares de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca.²⁰

5 Conclusión

Según el estudio realizado se concluye que no existe relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramírez de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2016.

En este estudio existe una mayor prevalencia en el sexo masculino según el índice de higiene oral, mientras que existe mayor prevalencia en el sexo femenino según el índice periodontal

Se pudo observar que tanto escolares de sexo femenino como masculino, tienen un índice de higiene oral y un índice periodontal aceptable.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral y uso comunitario. *Colomb Med* [Internet]. 2011 [citado 12 may 2020];42(4): 448-457. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28321543005.pdf>
2. Cotis A, Guerra M. Epidemiología de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes. *Revisión bibliográfica. Odontol Pediatr.* [Internet].2016 [citado 12 may 2020];15(1):55-59. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v15n1/a7.pdf>
3. Taboada O, Talavera I. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2011 [citado 12 may 2020]; 68(1):21-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100003
4. Lagos A, Juárez I, Iglesias M. Necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral en adolescentes de 12 años de Llanquihue. *Rev Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* [Internet]. 2014 [citado 12 may 2020];7(2):72-75. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v7n2/art05.pdf>
5. Vargas K, Chipana C, Arriola L. Condiciones de salud oral, higiene oral y estado nutricional en niños que acuden a un establecimiento de salud de la región Huánuco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* [Internet]. 2019 [citado 02 jun 2020];36(4):653-654. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400013&script=sci_arttext
6. Jimeno M, Vásquez A. Prevalencia de enfermedad periodontal en escolares de 12 años en la parroquia Machángara, Cuenca 2016. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2020];2(3):11-16. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/132/164>
7. Castro Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* [Internet]. 2018 [citado en 02 junio];11(1):36-38. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000100036
8. Ramirez M, Miguel de Priego G. Enfermedades periodontales que afectan al niño y al adolescente. *Odontol Pediatr.* [Internet]. 2011 [citado 20 jun 2020];10(1):39-49. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a5.pdf>
9. Vega D. Índice de higiene oral en niños de 6 años en Ecuador 2016. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2016 [citado 20 jun 2020];1(2): 39-41. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/144/259>
10. Vintimilla K, Encalada L. Índice de higiene oral simplificado en escolares Cuenca-Ecuador. *Rev Killkana Salud y Bienestar.* [Internet]. 2017 [citado 20 jun];1(2):9-12. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_salud/article/view/68/106
11. Picón M, Villavicencio E, Muñoz M. Enfermedad periodontal auto percibida en escolares de 12 años de edad, en Machángara Cuenca, Ecuador 2016. *Rev Facultad de Odontología UBA.* [Internet]. 2019 [citado 20 jun 2020]; 34(76): 3-6. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102477/revista-2019-1-art4.pdf>
12. Olivera M, Iglesias I, Fernandez L, Lopez L. Enfermedad periodontal e higiene bucal en escolares. *Rev MediMay.* [Internet]. 2009 [citado 20 jun 2020];15(1):95-99. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/414>
13. Zhang S, Xu B, Liu J, CMlo E, Chun-Hung C. Dental and periodontal status of 12-year-old Dai school children in Yunnan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015 [citado 20 jun];15(117): 2-6. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12903-015-0106-7>
14. Alvear M, Naula C, Toral D, Ledesma K. Autopercepción de enfermedad periodontal en escolares de 12 años de edad. Cuenca-Ecuador. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2019 [citado 12 may 2020];4(2):2-4. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/346/510>
15. Avalos J, Huilca N, Picasso M, Omori E, Gallardo A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Rev KIRU.* [Internet]. 2015 [citado 20 jun 2020]; 12(1):61-65. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p61-65.pdf
16. Hurtado C, Potes D, Vásquez M, Posada A, Alvarez L, Agudelo A. Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 5, 7 y 12 años, municipio de

- Istmina, Chocó, Colombia 2013. Univ Odontol. [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2020];36 (77): 3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.hbcd>
17. Muñoz W, Mattos M. Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2015 [citado 20 jun 2020];9(2):321-327. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200021
 18. Jauregui J, Vasquez A, Sacoto F. Índice de Higiene Oral en los Escolares de 12 años de la Parroquia Checa en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay - Ecuador, 2016. Odontoestomatología. [Internet]. 2019 [citado 02 jul 2020];21(34):29-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000200027
 19. Naranjo A, Vásquez A, Gómez M. Prevalencia de enfermedad periodontal en escolares de 12 años de Chiquintad Cuenca (Azuay, Ecuador). Rev oactiva. [Internet]. 2019 [citado 02 jul 2020];4(1):3-6. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/290/496>
 20. Ibarra K, Calle M, López E, Heredia D. Índice de higiene oral comunitario en escolares de 12 años. Rev Evid Odontol Clinic. [Internet]. 2017 [citado 02 jul 2020];3(2):47-49. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e99a/6c6f44627781e6a3c190d5339576563639a1.pdf>



Relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramirez Cuenca-Ecuador 2016

Relation between the oral hygiene index and periodontal index in 12-year-old schools in the parish Gil Ramirez Cuenca-Ecuador 2016

Nicole Estefanía Villavicencio Villavicencio*¹, Diana Patricia Álvarez Álvarez¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*tefvv48@gmail.com



Recibido: 16 de agosto de 2020

Aceptado: 3 de noviembre de 2020

Resumen

Los problemas en la salud oral se presentan con gran frecuencia afectando a gran parte de la población, de manera especial en niños, presentándose desde los primeros años de vida, ya que el nivel de higiene bucal en la mayoría es deficiente, las enfermedades dentales que se presentan con mayor frecuencia son las caries y la enfermedad periodontal, ocasionando dolor, daños y problemas en la salud oral de los niños, se estableció a los 12 años, como la edad global de aparición de caries y enfermedades periodontales. **Objetivo** de este estudio fue relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador periodo 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, relacional, en un total de 188 fichas teniendo como variables el Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon y el Índice Periodontal de Russell. **Resultados:** se obtuvo una correlación del Índice de higiene oral (IHO) e Índice periodontal (IPR) = 0.000. **Conclusión:** Según el estudio realizado se concluye que no existe relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramírez de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2016.

Palabras clave: escolares, higiene, índice, oral, periodontal (DeCS).

Abstract

Oral health problems occur with great frequency affecting a large part of the population, especially children, occurring from the first years of life, since the level of oral hygiene in most is poor, dental diseases Caries and periodontal disease, which cause pain, damage and oral health problems in children, are the most frequent ones, they are affected at 12 years, as the global age of appearance of caries and periodontal diseases. **Objective** of this study was to relate the oral hygiene index and the periodontal index in 12-year-old schoolchildren from the Gil Ramírez Parish in Cuenca Ecuador, period 2016. **Materials and methods:** A retrospective, descriptive, relational study was carried out, whose sample It had a total of 188 records, using the Green and Vermillon Simplified Oral Hygiene Index and the Russell Periodontal Index as variables. **Results:** a correlation of the Oral Hygiene Index (IHO) and the periodontal Index (IPR) = 0.000 was obtained. **Conclusion:** According to the study carried out, it is concluded that there is no relationship between the oral hygiene index and the periodontal index in 12-year-old schoolchildren from the Gil Ramírez parish in the City of Cuenca, in the period 2016.

Key words: schoolchildren, hygiene, index, oral, periodontal (MeSH).

1 Introducción

Los problemas del sistema estomatognático se presentan con gran frecuencia, afectando a gran parte de la población, sobre todo a niños, estos problemas se originan desde los

primeros años de vida, ya que el nivel de higiene bucal en la mayoría de niños es deficiente, las enfermedades dentales que se presentan con mayor frecuencia son las caries y la

enfermedad periodontal ocasionando dolor, daños y problemas en la salud oral de los escolares.^{1,2}

El cuidado de la higiene oral es de gran importancia para la salud de la persona en cualquier etapa, sin embargo, desde la niñez se debe tener un control adecuado acerca de la salud oral, ya que la falta de conocimiento, una alimentación incorrecta, son factores de riesgo que desencadenan en problemas orales en la vida del niño.³⁻⁵ La etapa escolar es muy importante, se instauró los 12 años como edad general de aparición de caries y enfermedades periodontales, la higiene oral deficiente produce gran acumulo de placa, ocasionando graves problemas en las piezas dentales del escolar.⁶⁻⁸

Es importante conocer el índice de higiene oral que fue creado en 1960 por Greene y Vermillon el cual mide las superficies de los dientes cubiertas con desechos de comida y cálculo dental, este índice fue simplificado incorporando únicamente seis superficies dentales representativas de todos los fragmentos anteriores y posteriores de la boca. Gracias a este índice podremos realizar un correcto diagnóstico para elaborar un tratamiento adecuado para el paciente.^{9,10}

Conocer cuál es el origen de las enfermedades periodontales, que manifestaciones clínicas presenta, de donde se origina la infección que provoca inflamación, estas son causadas por el descuido de los pacientes en su higiene oral, debido a un inadecuado control de placa bacteriana, el cual afecta a los tejidos de soporte de las piezas dentales.^{11,12} Es importante conocer el índice periodontal según los criterios de Russell, mediante este se podrá establecer la prevalencia y gravedad de dichas patologías, de esta manera será más fácil la elaboración de un protocolo correcto para su tratamiento.^{13,14}

Para la disminución de problemas dentales en escolares, es importante realizar medidas preventivas a edades tempranas, para evitar tener consecuencias a futuro. La educación de los padres es primordial en la vida del niño, siempre se debe enseñar en casa una adecuada higiene bucal acompañada de una dieta balanceada rica en nutrientes, de esta forma el escolar estará motivado para llevar una vida dental más saludable, sin tener problemas periodontales ni de caries.^{15,16}

Estos problemas orales en la niñez se deben tratar inmediatamente, en Latinoamérica existen ciertos países, que han realizado investigaciones sobre problemas periodontales y de caries en escolares de 12 años de edad, según un estudio realizado en Perú en niños de 12 años de edad se obtuvo como resultado que existe una prevalencia de caries en escuelas fiscales de un 86,6%, debido a una higiene oral deficiente.¹⁷ Mientras que en un estudio realizado en Colombia se obtuvo como resultado que existe un riesgo muy alto en cuanto a caries dentales con una prevalencia de un 57% en niños de 12 años.¹ En otro estudio realizado en Perú se obtuvo como resultado que algunos niños en la etapa escolar principalmente a los 12 años sufre de problemas periodontales como consecuencia de una higiene oral inadecuada.¹⁵

Sin embargo, las investigaciones a nivel de América del Sur son muy escasas, no existe suficiente evidencia científica, siendo este el caso de Ecuador, es por esto que se ha propuesto realizar una investigación epidemiológica, teniendo como objetivo: Relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador, en el periodo 2016.

2 Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, relacional, en el cual se analizaron datos de 188 fichas de la parroquia Gil Ramírez que reposan en el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, pertenecientes al macro estudio "Mapa Epidemiológico de Salud Bucal de Cuenca, se incluyeron aquellos datos de los pacientes de 12 años examinados en el año 2016, estos datos fueron tomados de cinco instituciones educativas localizadas en esta parroquia, las cuales son: Escuela de Educación Básica Fiscomisional Daniel Hermida, Unidad Educativa Octavio Cordero, Unidad Educativa San Francisco, Unidad Educativa Particular Dominicana San Luis Beltrán, Unidad Educativa Particular Santa Mariana de Jesús. Se excluyeron datos que no se encontraban completos y que presentaban algún tipo de incoherencia. La variable de estudio independiente fue el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon (IHOS), y la variable dependiente fue el Índice Periodontal de Russel (IPR), como covariable consta el sexo. La variable IHOS se analizó mediante tablas estadísticas descriptivas, al igual que la variable IPR, una vez realizada las características descriptivas de la distribución de frecuencia de las dos variables, se analizó la asociación de las mismas mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Estos resultados se presentaron por medio de gráficos de regresión lineal, los datos obtenidos se realizaron utilizando el software estadístico SPSS. La presente investigación no implica ningún conflicto bioético, ya que fue ejecutada sobre datos ya tomados, los mismo que reposan en la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, además se guardará la respectiva confidencialidad sobre los datos proporcionados.

3 Resultados

Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo

SEXO	n	%
FEMENINO	127	67,60%
MASCULINO	61	32,40%
Total	188	100%

Se evidenció que, de los 188 escolares examinados, el mayor porcentaje corresponde a pacientes de sexo femenino con un 67,60% en relación al sexo masculino

Tabla 2. Descripción del puntaje de IHO según el sexo

		ÍNDICE DE HIGIENE ORAL	
		FEMENINO	MASCULINO
N	Válido	127	61
	Pérdidos	0	0
Media		0,7216	0,8099
Mediana		0,6667	0,6667
Moda		0	1
Desviación estándar		0,69378	0,71805
Asimetría		2,359	1,329
Error estándar de asimetría		0,215	0,306
Curtosis		11,000	1,744
Error estándar de curtosis		0,427	0,604
Mínimo		0	0
Máximo		5	3

En cuanto al IHO acorde al sexo, se obtuvo un porcentaje promedio del 0,7216 % en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino se obtuvo un porcentaje del 0,8498 %.

Tabla 3. Descripción del puntaje de IPR acorde al sexo

		PUNTAJE DE IPR	
		FEMENINO	MASCULINO
N	Válido	127	61
	Pérdidos	0	0
Media		0,2164	0,2158
Mediana		0,0714	0
Moda		0	0
Desviación estándar		0,34097	0,41973
Asimetría		2,359	2,313
Error estándar de asimetría		0,215	0,306
Curtosis		6,417	4,336
Error estándar de curtosis		0,427	0,604
Mínimo		0	0
Máximo		1,92	1,63

En cuanto a la relación del puntaje de IPR según el sexo de los escolares, se determinó que según el sexo femenino existe un promedio de 0,2164 % mientras que en el sexo masculino el promedio fue de 0,2158 %

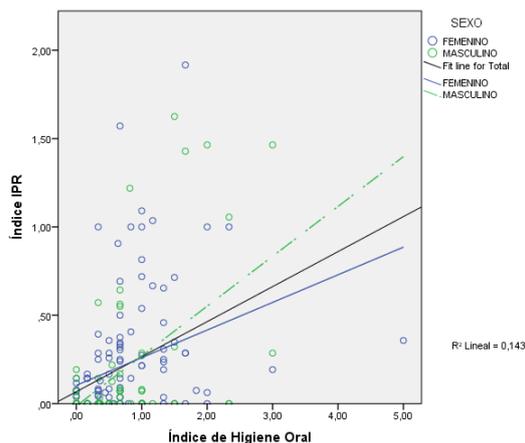


Fig. 1. Correlación entre las variables de la muestra

En la muestra de escolares, se realizó la prueba estadística de Spearman, en el cual se obtuvo una correlación IHO e IPR= 0.000, no existe relación lineal entre las variables de IHO e IPR, mientras que los valores obtenidos en relación al sexo femenino y masculino fueron: F = 0.000 M = 0.038.

4 Discusión

El estudio tuvo como objetivo relacionar el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la Parroquia Gil Ramírez en Cuenca Ecuador, en el periodo 2016, con un total de 188 escolares, teniendo un 67,60 % de niñas y un 32,40 % de niños, se analizó el índice de higiene oral simplificado, teniendo como resultado un 0,7216 en el sexo femenino mientras que un 0,8099 en el sexo masculino, este estudio se relaciona con el estudio realizado por Jáuregui y Cols en la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca en una muestra de 109 escolares de 12 años de edad, un 58 % sexo femenino y un 42 % de sexo masculino, en el cual se obtuvo un índice de higiene oral de 0,7619 en el sexo femenino mientras que un 0,8478 en el sexo masculino, podemos darnos cuenta que en ambos estudios existe similitud en cuanto al índice de higiene oral.¹⁸

En nuestro estudio realizado tuvimos como resultados que el promedio de IPR según el sexo femenino fue de un 0,2164 mientras que del sexo masculino obtuvimos un 0,2158, al comparar con otra investigación realizada por Naranjo y Cols, se obtuvo en una muestra de 121 escolares de 12 años de edad, 47 % fueron de sexo masculino y 53 % de sexo femenino, se obtuvo un promedio de IPR de 0,238 para escolares de sexo femenino y de 0,268 para escolares de sexo masculino, podemos observar que los resultados son similares a los de nuestro estudio.¹⁹

Según Hurtado y cols, se realizó una investigación en Istmina Colombia, en 294 escolares de seis instituciones educativas en edades de 5, 7 y 12 años de edad, en donde se evaluó su estado de higiene bucal, teniendo un mayor predominio en el sexo masculino con un 52 %, lo que difiere de nuestro estudio ya que se realizó un estudio de 188 escolares en edad de 12 años, teniendo un mayor predominio en el sexo femenino con un 67,60 %, en cuanto al índice de higiene oral de este estudio, tuvo un promedio de 1,33 tanto en niños y niñas de 12 años, lo que difiere de nuestro estudio, demostrando que existe mayor prevalencia en la población de escolares de Colombia.¹⁶

En un estudio realizado por Ibarra y cols a un grupo de 185 escolares de 12 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, un 60 % corresponde al sexo femenino y un 40 % al sexo masculino en el cual se realizó el índice de higiene oral simplificado, dando como resultado un 1,14 para las mujeres y un 1,02 para los hombres, tiene similitud a nuestro estudio en cuanto a la muestra ya que tenemos un grupo de 188 de escolares de 12 años, teniendo un 67,60 % en el sexo femenino y un 32,40 % en el sexo masculino, donde se analizó el índice de higiene oral simplificado, teniendo como resultado un 0,7216 en el sexo femenino mientras que un 0,8099 en el sexo masculino, según estos datos, se obtiene como resultado que existe mayor prevalencia en los escolares de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca.²⁰

5 Conclusión

Según el estudio realizado se concluye que no existe relación entre el índice de higiene oral e índice periodontal en escolares de 12 años de la parroquia Gil Ramírez de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2016.

En este estudio existe una mayor prevalencia en el sexo masculino según el índice de higiene oral, mientras que existe mayor prevalencia en el sexo femenino según el índice periodontal

Se pudo observar que tanto escolares de sexo femenino como masculino, tienen un índice de higiene oral y un índice periodontal aceptable.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral y uso comunitario. *Colomb Med* [Internet]. 2011 [citado 12 may 2020];42(4): 448-457. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28321543005.pdf>
2. Cotis A, Guerra M. Epidemiología de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes. *Revisión bibliográfica. Odontol Pediatr.* [Internet]. 2016 [citado 12 may 2020];15(1):55-59. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v15n1/a7.pdf>
3. Taboada O, Talavera I. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2011 [citado 12 may 2020]; 68(1):21-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100003
4. Lagos A, Juárez I, Iglesias M. Necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral en adolescentes de 12 años de Llanquihue. *Rev Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* [Internet]. 2014 [citado 12 may 2020];7(2):72-75. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v7n2/art05.pdf>
5. Vargas K, Chipana C, Arriola L. Condiciones de salud oral, higiene oral y estado nutricional en niños que acuden a un establecimiento de salud de la región Huánuco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* [Internet]. 2019 [citado 02 jun 2020];36(4):653-654. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400013&script=sci_arttext
6. Jimeno M, Vásquez A. Prevalencia de enfermedad periodontal en escolares de 12 años en la parroquia Machángara, Cuenca 2016. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2020];2(3):11-16. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/132/164>
7. Castro Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* [Internet]. 2018 [citado en 02 junio];11(1):36-38. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000100036
8. Ramirez M, Miguel de Priego G. Enfermedades periodontales que afectan al niño y al adolescente. *Odontol Pediatr.* [Internet]. 2011 [citado 20 jun 2020];10(1):39-49. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a5.pdf>
9. Vega D. Índice de higiene oral en niños de 6 años en Ecuador 2016. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2016 [citado 20 jun 2020];1(2): 39-41. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/144/259>
10. Vintimilla K, Encalada L. Índice de higiene oral simplificado en escolares Cuenca-Ecuador. *Rev Killkana Salud y Bienestar.* [Internet]. 2017 [citado 20 jun];1(2):9-12. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_salud/article/view/68/106
11. Picón M, Villavicencio E, Muñoz M. Enfermedad periodontal auto percibida en escolares de 12 años de edad, en Machángara Cuenca, Ecuador 2016. *Rev Facultad de Odontología UBA.* [Internet]. 2019 [citado 20 jun 2020]; 34(76): 3-6. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102477/revista-2019-1-art4.pdf>
12. Olivera M, Iglesias I, Fernandez L, Lopez L. Enfermedad periodontal e higiene bucal en escolares. *Rev MediMay.* [Internet]. 2009 [citado 20 jun 2020];15(1):95-99. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/414>
13. Zhang S, Xu B, Liu J, CMlo E, Chun-Hung C. Dental and periodontal status of 12-year-old Dai school children in Yunnan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015 [citado 20 jun];15(117): 2-6. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12903-015-0106-7>
14. Alvear M, Naula C, Toral D, Ledesma K. Autopercepción de enfermedad periodontal en escolares de 12 años de edad. Cuenca-Ecuador. *Rev Oactiva.* [Internet]. 2019 [citado 12 may 2020];4(2):2-4. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/346/510>
15. Avalos J, Huilca N, Picasso M, Omori E, Gallardo A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Rev KIRU.* [Internet]. 2015 [citado 20 jun 2020]; 12(1):61-65. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p61-65.pdf
16. Hurtado C, Potes D, Vásquez M, Posada A, Alvarez L, Agudelo A. Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 5, 7 y 12 años, municipio de

- Istmina, Chocó, Colombia 2013. Univ Odontol. [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2020];36 (77): 3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.hbcd>
17. Muñoz W, Mattos M. Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2015 [citado 20 jun 2020];9(2):321-327. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200021
 18. Jauregui J, Vasquez A, Sacoto F. Índice de Higiene Oral en los Escolares de 12 años de la Parroquia Checa en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay - Ecuador, 2016. Odontoestomatología. [Internet]. 2019 [citado 02 jul 2020];21(34):29-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000200027
 19. Naranjo A, Vásquez A, Gómez M. Prevalencia de enfermedad periodontal en escolares de 12 años de Chiquintad Cuenca (Azuay, Ecuador). Rev oactiva. [Internet]. 2019 [citado 02 jul 2020];4(1):3-6. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/290/496>
 20. Ibarra K, Calle M, López E, Heredia D. Índice de higiene oral comunitario en escolares de 12 años. Rev Evid Odontol Clinic. [Internet]. 2017 [citado 02 jul 2020];3(2):47-49. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e99a/6c6f44627781e6a3c190d5339576563639a1.pdf>



Directrices para autores de la revista CEUS

Guidelines for authors of the CEUS Journal

Apellido1, Nombre1^{1*} y Apellido2, Nombre2²

¹ Facultad, Programa o Grupo de Investigación, Institución

² Facultad, Programa o Grupo de Investigación, Institución

*nombre_autor1@correo.com



Recibido: 01 de septiembrede 2020

Aceptado: 30 de diciembrede 2020

Resumen

Este documento tiene por finalidad proporcionar las instrucciones y normas para la presentación de artículos a la Revista CEUS. Es ejemplo del diseño editorial deseado (incluido este resumen) y puede usarse como referencia en general para la buena escritura de artículos de investigación. El documento contiene información del formato de autoedición empleando el estilo `RCEus.cls`. Se dan reglas sobre citas, ecuaciones, unidades, figuras, tablas, abreviaturas y acrónimos. También se orienta la redacción de las partes de un artículo: resumen introducción, cuerpo del documento, referencias y biografías de los autores, etc. El resumen debe tener como mínimo 200 palabras y como máximo 250 palabras y no puede contener ecuaciones, figuras, siglas, tablas ni referencias. Debe presentar en forma resumida la problemática, describir el objetivo general, la metodología desarrollada, los principales resultados, impactos y las conclusiones más relevantes del trabajo.

Palabras clave: El autor debe proporcionar palabras clave (en orden alfabético), un mínimo de 3 y un máximo de 6, que ayuden a identificar los temas o aspectos principales del artículo.

Abstract

Debe contener la traducción del resumen en idioma Inglés (traducción con alta calidad).

Key words: Contiene la traducción de las palabras claves al idioma Inglés.

1 Introducción

La revista CEUS de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Universidad Católica de Cuenca, nace del interés de nuestros educandos que enfrascados en su espíritu investigativo y con el afán de tener un medio y espacio propio que se encargue de difundir conocimientos científicos de alta calidad a nivel nacional, regional e internacional en Ciencias de la Salud mediante la publicación de artículos de interés académico, social y cultural dirigido a la comunidad estudiantil de la unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca y todo personal en formación en materias y carreras afines de otras universidades; basada en los principios éticos de la formación docente y profesional de nuestra casa de estudios se propone como meta ser una revista indexada reconocida por sus artículos fruto de investigaciones de carácter inter y multidisciplinaria.

Este documento proporciona un ejemplo de diseño de edición de un artículo para la revista CEUS. Es una guía para la redacción que, conjuntamente con la clase `RCEus.cls`, el archivo de estilo `RCEus.sty` y la plan-

tilla `RCEus_template.tex` proporcionan los recursos mínimos necesarios para la elaboración de un artículo de investigación. Contiene información del formato de auto edición y de los estilos empleados en la revista. Se dan reglas de estilo sobre redacción, citas, ecuaciones, unidades, figuras, tablas, abreviaturas, acrónimos, etc.

La clase `RCEus.cls` y el archivo `RCEus.sty` se distribuyen a través de la licencia LPPL (L^AT_EX Project Public License) y pueden obtenerse a través del contacto con el director de la revista mediante el correo electrónico: lespinosam@ucacue.edu.ec.

2 Criterios generales de clasificación de los artículos

La estructura generalmente utilizada en la conformación del cuerpo de un artículo de pender de manera general del tipo de artículo a publicar.

2.1 Artículos de carácter permanente

Artículos Originales. Los artículos originales presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa; contienen toda la información relevante para

que el lector que lo desee pueda replicar el trabajo, evaluar sus resultados y conclusiones. Estos artículos deben tener resumen en español, inglés hasta un máximo de 250 palabras, introducción, materiales y métodos (cuando sea pertinente se informará tipo de diseño, lugar donde se realizó, participantes, desenlaces principales e intervención), resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos (si se requiere) y referencias bibliográficas. Extensión máxima: 6 páginas.

Artículos de Revisión Bibliográfica. Los artículos de revisión son enviados a la Revista CEUS por estudiantes supervisados por especialistas del área y tratan a fondo un determinado tema, esto es, con amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores. Pueden ser resultados de la investigación formativa llevada a cabo por las diferentes asignaturas en las diferentes carreras. Estos artículos deben tener un: resumen en español, inglés hasta de 250 palabras; planteamiento del problema o introducción, desarrollo del tema, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Extensión máxima: 6 páginas.

Artículos de revisión histórica. Se refiere a la reinterpretación de hechos históricos a la luz de nuevos datos en temas relacionados a Salud. Estos artículos deben tener un: resumen en español, inglés hasta de 200 palabras, introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencias bibliográficas. Extensión máxima: 6 páginas.

Reporte de Casos Clínicos. El reporte de caso es la presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares que revistan interés para el profesional y en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras. En general, los reportes de caso sugieren nuevas aproximaciones terapéuticas e hipótesis. Estos artículos deben tener: resumen en español, inglés hasta 250 palabras, introducción, presentación del caso, breve revisión del tema, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Extensión máxima: 6 páginas.

Panorama Cultural. Son documentos de difusión destinados a ofrecer información referente a temas de: interculturalidad local, regional y nacional.

Artículos de Revisión de Historia de la Medicina. Se refiere a la reinterpretación de hechos históricos a la luz de nuevos datos en temas relacionados a Salud. Estos artículos deben tener un: resumen en español, inglés hasta de 200 palabras, introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencias bibliográficas. Extensión máxima: 6 páginas.

Imágenes médicas. Deben ser educativas, ilustrativas y enfocados a la formación médica continuada, incluidas sus pies de figura. Se centrará en los aspectos clave de un tema general que se ilustran en las imágenes. El número máximo de figuras será de 5, incluirán un resumen con los siguientes datos: Paciente, edad, sexo, situación o tema clínico principal (p.ej. Fig. 1 – Varón de 48 años con dolor torácico). El número máximo de

palabras del texto será de 250 y en él se incluirán los puntos educativos clave (entre 3 y 5) con la leyenda. El máximo número de autores será de 3. Los autores deben proporcionar de 3 a 5 palabras clave, según los términos utilizados en el MeSH (Medical Subject Headings) del Index Medicus / Medline, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

2.2 Artículos de carácter no permanente

Editorial. El editorial es un comentario crítico, hecho con profundidad y preparado por el editor, el editor asociado, o profesionales con gran experiencia del tema tratado.

Reseñas de libros y revistas. La reseña de libros y revistas es una sección dedicada a los comentarios y a las presentaciones de libros y artículos de revistas que orienten al lector respecto a su potencial uso. Extensión máxima: 2 páginas.

Semblanzas. de Eventos, Congresos, Casas abiertas y otros contenidos afines a las carreras del centro de salud y bienestar. En este apartado se incluyen y publican actas de congresos o ponencias. Divulgarán todos los eventos antes mencionados, se publicarán sus memorias, se publicaran los mejores trabajos, se incluirán: innovaciones técnicas tanto en el área médica, de laboratorio, técnicas de imagen, etc. Extensión máxima: 2 páginas.

Cartas al editor. Documentos breves enviados al editor de la revista en respuesta a algún artículo publicado previamente.

Créditos de formación continuada o Autoevaluación.

Se podrán elaborar 10 preguntas de respuesta múltiple (cinco respuestas, solo una válida) con la debida complejidad identificando la materia de referencia y el nivel hacia el personal que va dirigido, ofertando las respuestas de estas y sus correspondientes justificaciones. Sólo 2 autores participarán en la sección. Puede ser una resolución de problema o caso clínico.

3 Normas de Publicación

La presentación de un manuscrito a esta revista implica que todos los autores están de acuerdo con las políticas de la Revista CEUS y han aceptado su contenido.

Los autores cuando envían sus artículos para su evaluación certifican originalidad y transfieren los derechos de propiedad intelectual a la Revista CEUS, de la Universidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, para su difusión en forma impresa y/o electrónica. Pero la evidencia científica, el conflicto de intereses y el contenido de los documentos son de responsabilidad exclusiva y única de los autores.

El autor responsable de la correspondencia debe enviar los siguientes datos: la dirección de la Institución a la que pertenece, o de su sitio de trabajo, teléfono, dirección electrónica, ciudad, país.

El Editor y el Consejo Editorial de la Revista CEUS muy respetuosamente solicitan a los autores se sirvan anexar a sus artículos los siguientes documentos cuidadosamente diligenciados, formatos que serán enviados a cada autor responsable de la correspondencia:

- Declaración de originalidad y cesión de derechos de autor
- Declaración de conflicto de intereses
- Formato presentación de artículo

3.1 Normas para los autores

Preparación del manuscrito: Los artículos deben ser enviados en Microsoft Office Word con márgenes de 2,5 cm a cada lado, a 1,5 espacios con el contenido incluyendo: texto, tablas, figuras y gráficas, con letra tamaño 12 puntos. El remitente debe conservar copia de todo el material enviado, pues la Revista no asume responsabilidad por daños o pérdida.

Copias del material: Se debe enviar el artículo o material en word (mecanografiado a 1.5 espacios, en Arial 12, escrita con márgenes no inferiores a 2,5 cm).

En la primera página debe aparecer: (a) título; (b) nombres y apellidos de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional acompañada de la respectiva dirección (los nombres serán publicados en el orden y manera que fueron enviados); (c) indicación del autor responsable de la correspondencia; (d) un título abreviado que no exceda los cuarenta caracteres, para identificación de las páginas impares; (e) si el artículo recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación; (f) si el artículo se basa en una tesis académica, se debe indicar el título, el año y la institución donde fue presentado, (g) si el trabajo fue presentado en reunión científica, se debe indicar el nombre del evento, el lugar y la fecha, y (h) Si alguno de los autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto en el artículo por ser:

Ponente del laboratorio, trabaja como asesor, consultor o comité de algún laboratorio farmacéutico.

La segunda página debe presentar un resumen (en español, inglés) estructurado, con una extensión no superior a 250 palabras y con una lista de máximo siete palabras clave (los términos de encabezamiento de materia médica del Index Medicus). El resumen indicará los objetivos del trabajo, los procedimientos básicos utilizados (métodos), los resultados principales (aquí se presentan datos específicos y su significación estadística, si es el caso) y las conclusiones principales.

Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías, dibujos, esquemas) deben aclarar o aportar al texto, no duplicar el contenido. Cada una debe tener un título en la parte superior y si es el caso anotaciones en la parte inferior. Deben clasificarse de acuerdo con el orden de aparición en el texto y sitio de inclusión.

Algunas requieren permiso del editor y el crédito respectivo a la publicación original. En cuanto a las fotografías

clínicas serán preferentemente a color, tamaño 9 x 12 cm, con un mínimo de 6,1 mega pixeles.

Referencias en el texto, en subtítulos y en figuras deben ser enumeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto.

Respecto a las abreviaturas, serán indicadas en el texto en el momento de su primera utilización. Posteriormente se seguirá utilizando únicamente la abreviatura.

Los agradecimientos deben ser concisos, directos y dirigidos a personas o instituciones que contribuyen sustancialmente al artículo. Deben ir antes de las referencias bibliográficas.

Referencias bibliográficas: seguirán las normas de Vancouver; la bibliografía se enumerará en el orden de aparición en el texto en número arábigos, entre corchetes. Se indicará inicialmente los autores con el apellido y las iniciales del (los) nombre (s) (sólo usar "et al." para más de seis autores).

Aun cuando todo depende del artículo en general, se aconseja la inclusión de hasta veinticinco referencias bibliográficas para artículos de investigación originales, treinta para artículos de revisión, panorama cultural y para artículos de revisión histórica, quince para reportes de caso.

El autor debe enviar los datos de correspondencia: la dirección de la Institución a la que pertenece, o de su sitio de trabajo, teléfono, dirección electrónica, ciudad, país.

Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de los autores y no coinciden necesariamente con las de los editores de la Revista CEUS. Las sugerencias diagnósticas o terapéuticas, como elección de productos, dosificación y método de empleo, corresponden a la experiencia y al criterio de los autores.

Todos los textos incluidos en la Revista CEUS están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio mecánico o electrónico, sin permiso escrito del editor.

4 Aspectos formales de identificación de los artículos

Se ubica antes del comienzo de cada trabajo y está compuesto de al menos los siguientes elementos:

- Nombre de la revista
- Numeración (volumen, número)
- Fecha (mes, año)
- Páginas entre las que se encuentra el artículo

Además, el artículo en sí debe ser identificado con elementos mínimos que se incluyen también antes del comienzo del texto:

- Título del artículo, en español y en inglés.
- Autor o autores, con sus correspondientes menciones de afiliaciones y datos de contacto.
- Resumen y palabras clave también en español e inglés.
- Fecha de recepción y aprobación del artículo

4.1 Proceso editorial

Lugar de envío, requerimientos y forma de evaluación: los autores enviarán sus trabajos al editor:

.....@gmail.com. Éstos deben ajustarse a los Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas, del grupo de Vancouver. Versión oficial: <http://www.icmje.org>

4.1.1 Revisión por Pares

Todas las presentaciones a la Revista CEUS serán evaluados por el editor, quien decidirá si son aptos para su revisión por pares anónimos: 2 pares internos y 2 pares externos nombrados por el Consejo Editorial, quienes determinarán la calidad científica del material, la originalidad, la validez, la importancia del trabajo y la adaptación a las normas de publicación de la Revista CEUS. Los nombres de los revisores no se incluyen en los informes de revisión por pares. Los revisores serán tratados de forma anónima. Si existe divergencia se somete al voto dirimente del Consejo Editorial, en casos especiales los artículos serán sometidos a revisión únicamente por pares externos anónimos.

Dicho Consejo comunicará su aceptación provisional o su no aceptación para publicación, así como las posibles modificaciones sugeridas en un plazo máximo de dos meses a partir de su recepción. La redacción se reserva el derecho de suprimir ilustraciones y alterar el texto sin que ello modifique el contenido. Cada uno de los autores principales recibirá un ejemplar de la Revista cuando su artículo sea publicado.

4.1.2 Confidencialidad

Los Editores leerán y considerarán todos los manuscritos enviados a nuestra revisión. El informe del manuscrito será confidencial. En caso de ser modificable será publicable.

Carta de presentación: El artículo debe ir acompañado de una carta firmada por el autor principal y por los demás autores, en la cual se manifieste la revisión y aprobación del material por todos ellos. La carta debe especificar si el material ha sido o no publicado en otros lugares, así como el nombre, la dirección, el teléfono y el correo electrónico de la persona a la cual se debe dirigir la correspondencia.

Los conceptos de los trabajos son de total responsabilidad de los autores. Ni la Unidad académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca ni la Revista CEUS se responsabilizan por tales conceptos emitidos. Una vez aceptados para publicación, los artículos admitidos son de propiedad de la Revista y su reproducción deberá ser convenientemente autorizada por escrito por el Consejo Editorial.

4.1.3 Ética

“Todo manuscrito deberá pasar por la aprobación del Comité de Bioética del Centro de Investigaciones de la Unidad académica de Salud y Bienestar”.

Toda investigación debe haber sido llevada a cabo dentro de un marco ético adecuado. Si existe la sospecha de que el trabajo no ha tenido lugar dentro de un marco ético adecuado, los editores seguirán la política de penalizaciones y pueden rechazar el manuscrito.

En los artículos originales y reportes de caso no se deben mencionar los nombres de los pacientes, sus iniciales o números de historia clínica, ni datos que permitan su identificación.

Referencias Bibliográficas

1. CEUS R. Artículo de Información Revista CEUS; 2019.
2. Apellidos N. Artículo de muestra de una revista. Revista Científica. 2019;(1):1-10.

