

Importancia de la salud Pública desde una visión Universitaria ecuatoriana

Vilma Raffo Babici
Juan T. Calderon Cisneros
Maria Delfina Montufar Sandovalin

Importancia de la salud Publica desde una vision Universitaria ecuatoriana

Vilma Raffo Babici
Juan T. Calderon Cisneros
Maria Delfina Montufar Sandovalin

Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica del mismo.

© Publicaciones Editorial Grupo Compás
Guayaquil - Ecuador
compasacademico@icloud.com
<https://repositorio.grupocompas.com>



Raffo, V., Calderon, J., Montufar, M. (2023) Importancia de la salud Publica desde una vision Universitaria ecuatoriana. Editorial Grupo Compás

© Vilma Raffo Babici
Juan T. Calderon Cisneros
Maria Delfina Montufar Sandovalin

Compiladora
Vilma Raffo Babici

ISBN: 978-9942-33-725-2

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Dedicatoria

A **DIOS** por todas sus bendiciones

Tabla de contenido

Capítulo 1	13
Tuberculosis Pulmonar en niños y adolescentes en el Ecuador.....	13
Capítulo 2	30
Mortalidad Materna Durante el año 2021.....	30
Capítulo 3.....	49
Cáncer en la Niñez y la Adolescencia.....	49
Capítulo 4	69
Impacto Psicologico en Adultos Mayores Post Virus Sars-Cov2.	69
Referencias	91

Capítulo 1

Tuberculosis Pulmonar en niños y adolescentes en el Ecuador

En 2017, se registraron más de 10 millones de nuevos casos de TB en todo el mundo, de los cuales 1 millón eran menores de 15 años. De las 233.000 muertes por TB entre niños menores de 15 años, el 80% ocurrió en niños menores de 5 años y el 96% en niños no tratados (1)(OMS, Global Tuberculosis report, 2018).

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Estrategia Fin a la TB. Sus objetivos planificados para 2035 incluyen una reducción del 90% en la incidencia de TB en comparación con los niveles de 2015 (2)(OMS, Global Tuberculosis Programme, 2014), pero el logro de este objetivo puede verse obstaculizado por la falta de datos de referencia confiables sobre la población infantil y un bajo enfoque en el programa de control de TB.

A esto se suman otros factores, como la mala notificación de casos, que hacen imposible estimar con precisión la carga mundial de TB infantil. Las mejores (4)(Nelson, Global Epidemiology of Childhood Tuberculosis, 2004) proyecciones sugieren que la población menor de 15 años debería representar alrededor del 10% de la carga total de TB, lo que implica que aproximadamente 32 000 casos de TB infantil no se diagnostican y, por lo tanto, no se notifican cada año (5)(Carlos M. Perez-Velez M. a., Tuberculosis in Children, 2012).

Las principales barreras para lograr las metas de la Estrategia Fin de la TB en esta población incluyen la detección limitada de casos y la implementación del tratamiento preventivo, la dificultad en el diagnóstico (a veces se realiza en hospitales de referencia o no se diagnostica en absoluto) y la falta de notificación de los resultados del tratamiento antituberculoso, discriminado por niños y adolescentes.

Asimismo, faltan competencias establecidas para asegurar el conocimiento y la confianza de los trabajadores de la salud en la prevención, diagnóstico y manejo de niños y adolescentes expuestos a la TB. Ecuador es considerado el

noveno en la región de las Américas en términos de carga de TB (6)(OMS, Tuberculosis, 2013). Con una tasa de incidencia reportada de 43 nuevos casos por 100.000 habitantes en 2017, al igual que otros países, carece de datos sobre la gravedad de la enfermedad en niños y adolescentes.

Por lo tanto, no es posible establecer metas para la tuberculosis infantil y desarrollar estrategias inmediatas para alcanzarlas. Sobre la base de lo anterior, existe una investigación limitada sobre la TB en niños y adolescentes en la región, y la OMS llama a la investigación operativa y de los sistemas y servicios de salud, este artículo tiene como objetivo estimar la carga general de TB entre los niños y la región, coordinación de salud para describir al niño y las características clínico-epidemiológicas de los adolescentes y presentar los resultados del tratamiento antituberculoso de esta población en el Ecuador (7)(WHO, Global Tuberculosis Report, 2016).

Se realizó un estudio operativo con un diseño de cohorte retrospectivo para evaluar el perfil de la tuberculosis infantil en Ecuador con base en los datos recopilados de forma rutinaria en un programa nacional (OMS, Tuberculosis, 2017).

Se realizó un estudio de actividad con un diseño de cohorte retrospectivo que evaluó el perfil de la tuberculosis infantil en Ecuador con base en datos recolectados regularmente como parte de un programa nacional.

El Ecuador latinoamericano tiene actualmente 16,6 millones de habitantes, de los cuales el 31% son menores de 15 años. Organizado en 2 provincias y 9 regiones administrativas agrupadas en varios distritos diferentes para facilitar el control de la salud pública. Para el diagnóstico de tuberculosis, los casos son notificados a la Estrategia Nacional de Prevención de la Tuberculosis (ENPCTB) por los trabajadores de salud responsables de cada establecimiento cantonal. Desde 2015, el Ministerio de Salud ha implementado gradualmente la accesibilidad global para GeneXpert MTB/RIF (8) (Cepheid, Sunnyvale, CA, EE. UU.).

Estados Unidos); solo aquellos con seguro médico privado (15%). Se requiere la detección y el rastreo de contactos para

todos los miembros de la familia y contactos cercanos no familiares. El contacto con niños menores de 5 años, independientemente de los síntomas respiratorios, debe ser evaluado por un pediatra matriculado y un médico especialista en tuberculosis en el centro de salud. El diagnóstico de los casos pediátricos se basa en criterios clínicos, epidemiológicos (evidencia de exposición a la tuberculosis), bacteriológicos (exploraciones, cultivos) y radiológicos (rayos X). Para el diagnóstico bacteriano se recogieron dos muestras de aspirado gástrico, esputo inducido y, en casos excepcionales, muestras diarias de líquido de lavado broncoalveolar. El diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis sensible y resistente a los medicamentos es gratuito.

El tratamiento se lleva a cabo en un centro médico que trata a todos los pacientes bajo supervisión directa. Regímenes de tratamiento estándar recomendados por la OMS (9) (OMS, Pediatric Tuberculosis Research Task, 2015). La población de estudio incluyó a niños menores de 15 años notificados entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016, con diagnóstico de tuberculosis susceptible y en tratamiento bacteriológico o clínico. Al 31 de diciembre de 2016, los

diagnosticados de tuberculosis resistente a los medicamentos que no estén afectados por el tratamiento.

Los datos se derivan de los informes trimestrales enviados a la ENPCTB desde los centros de servicio de campo y recibidos por los centros médicos, y las proyecciones demográficas elaboradas por el Instituto de Estadística y publicadas por el Censo Nacional del Ecuador (INEC). . Centros de salud que reportan número total de casos de tuberculosis, casos de tuberculosis en menores de 15 años y definiciones de coordinación regional. Esto se debe a que, en Ecuador, el Ministerio de Salud organiza la coordinación de las medidas sanitarias en las regiones, incluyendo provincias y distritos, y las autoridades administrativas intervienen en la salud pública en los temas para responder con rapidez.

Otra fuente de datos son las historias clínicas de pacientes de vacaciones en una residencia de ancianos que están siendo tratados por tuberculosis. A partir de estos mapas, se consideran las siguientes variables: edad, género (masculino, femenino), número de exposiciones a TB (1-2, >3 exposiciones), estado de hospitalización (nuevo, recidivante,

fracaso postratamiento). , tipo clínico (pulmonar, extrapulmonar), tipo de diagnóstico (bacteriológico, clínico, radiológico), coinfección tuberculosis/VIH (sí, no) y resultado del tratamiento de la tuberculosis (cura, cura completa), seguridad, fracaso del tratamiento, suspensión, seguimiento y mortalidad) según la definición de la OMS.

Se considera tratamiento exitoso el número total de pacientes curados y totalmente recuperados (10) (OMS, Tuberculosis, 2019). En algunos análisis, la edad se dividió en <1 año, 1 a años, 5 a 9 años y 10 a 1 años. Para el análisis, el número total de casos de tuberculosis registrados con cada oficial de salud comunitario se utilizó como denominador para calcular el número anual de casos de tuberculosis, el número de niños con tuberculosis y la proporción de niños con tuberculosis por cada 100.000 habitantes. Utilizando Tableau 2019.2 y el programa ArcGis 9.2, georreferenciamos los casos de tuberculosis en niños menores de 15 años por estado. (11) (Beatrice, Tuberculosis, 2018).

Se describieron las características clínicas y sociológicas de los casos por grupo de edad (0- , 5-9, 10-1 años) y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para analizar posibles diferencias

en las tasas de alta. Según las características clínicas y sociológicas del caso. Gran diferencia con p y lt. 0,05 en ambos lados. Los análisis se realizaron utilizando el software Epi Info 7.0 y Stata 1 .0. Se obtuvo consentimiento por escrito de la Dirección Nacional de Estrategia de Prevención y Control del Ministerio de Salud de Ecuador para el uso de datos de la base de datos nacional y acceso a los registros de tratamiento 2015 y 2016.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Eugenio Espejo de Quito (Ecuador) y la Comisión Interamericana de Ética Médica (PAHOERC). Este último prevé la renuncia al consentimiento informado del participante. El estudio se consideró sin riesgo para los participantes porque estaban siendo tratados por tuberculosis y no tenían acceso directo al estudio. Los datos del PNCT se proporcionan y procesan en un código que no contiene un número de identificación, nombre o dirección para garantizar el anonimato de los participantes.

Tasa de incidencia anual de tuberculosis por 100 000 habitantes y proporción de TB infantil según distribución de las Coordinaciones Zonales de Salud. Ecuador, 2015-2016.

Coordinación Zonal	Casos TB total	Casos TB infantil	Población Total	Población infantil	% TB infantil	Tasa TB general	Tasa TB infantil
Esmeraldas, Imbabura, Carchi y Sucumbios	623	15	2 770 581	967 679	2,41	22,49	1,55
Pichincha, Napo Orellana	289	16	10 42 888	464 825	5,54	27,71	3,44
Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza	455	25	3 148 495	1 008 953	5,49	14,45	2,48
Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	934	12	3 737 011	1 205 239	1,28	24,99	1,00
Santa Elena Guayas, Los Ríos, Santa Elena y Galápagos	1893	16	4 804 552	1 704 970	0,85	39,40	0,94
Cañar, Azuay, Morona Santiago	343	0	2 395 597	788 679	0,00	14,32	0,00
El Oro, Loja y Zamora Chinchipe	818	6	2 479 660	782 473	0,73	32,99	0,77
Guayaquil, Samborondón y Durán	5226	126	5 943 103	1 666 677	2,41	87,93	7,56
Quito	410	7	5 149 710	1 389 760	1,71	7,96	0,50
Total	10 991	223	31 471 597	9 979 255	2,03	34,92	2,23

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados presentados.

De 2015 a 2016 se diagnosticaron 10.991 casos de tuberculosis, lo que representa una tasa de 3 ,92 casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes. Residente.

Un análisis de la incidencia de TB infantil según la Coordinación de Salud Comunitaria encontró que la región 8 tenía la tasa más alta (7,56/100.000 habitantes), que también presentaba la tasa de TB más alta del país (87,9/100.000

habitantes). Sin embargo, un análisis de los estados encontró que el estado con mayor incidencia de tuberculosis entre los niños fue Napo, con una tasa de incidencia de 10,35 por 100.000 habitantes.

La prevalencia nacional en menores de 15 años es de 223 casos. (2 0,03 %), pero el rango es de 0 % a 5,5 %. Dependiendo de la edad, la morfología clínica de la enfermedad varía significativamente de lo esperado. La tuberculosis pulmonar se presenta en 2 casos (1%) en niños menores de 1 año y en 65 casos (32%) en adolescentes de 10 a 1 años. No ha habido informes de tuberculosis extrapulmonar en niños menores de 1 año de edad.

De los 223 casos diagnosticados, 6 fueron excluidos debido a la falta de respuesta al tratamiento de la TB y fueron identificados como TB resistente a los medicamentos, pero el tratamiento fue ineficaz debido al tratamiento a largo plazo. Disponible a finales de año.

Prueba cinco. De los 213 casos incluidos en el estudio, 78 (37%) eran menores de 5 años y 10 (9%) eran mujeres. 17 (69%) no tuvieron contacto con pacientes tuberculosos.

Esto generalmente ocurrió en la población entre las edades de 10 y 1 años. Los criterios de diagnóstico varían según el grupo de edad. En adolescentes de 10 a 1 años predominan los criterios bacteriológicos.

La tasa global de coinfección por TB y VIH fue del 9% (20 casos), siendo menor en adolescentes que en otros grupos de edad (11,5% vs. 6,3%). De los 199 (93, %) casos tratados con éxito y sin éxito, 3 se clasificaron como fracasos del tratamiento, 6 abandonaron el seguimiento, 5 fallecieron, de los cuales 5 fue. Cinco años de edad. Veinte pacientes coinfectados con tuberculosis y VIH fueron dados de alta para tratamiento.

Se demostró que las diferencias en la excreción dependen de la edad, la morfología clínica y el método de diagnóstico.

Discusión

Este es el primer estudio de Ecuador que reporta resultados clínicos, epidemiológicos y terapéuticos en niños y adolescentes con tuberculosis susceptible. Este estudio demuestra la alta prevalencia de tuberculosis no diagnosticada en niños, especialmente la alta prevalencia de infección por VIH

en niños menores de 10 años, y supera la meta de la OMS de tratar con éxito al 90 % de los niños diagnosticados.

La afirmación de que las altas tasas de tuberculosis en niños no se diagnostican se basa en el hecho de que alrededor del 10% de todos los casos de tuberculosis ocurren en niños, y más de la mitad son niños menores de cinco años.

El estudio encontró que el número de casos de tuberculosis infantil notificados (2,03 %) fue menor de lo esperado en la región (12 %) en comparación con 22 países con la mayor carga de discapacidad a nivel mundial (9,6 %) (Gladys, tuberculosis). Se cree que la tuberculosis pulmonar diseminada representa entre 10 y 20 casos entre los niños más pequeños de Ecuador, pero la OMS subestima un 69 % estimado, en consonancia con la subestimación de este grupo de edad. No se han notificado casos.

El diagnóstico de tuberculosis en niños sigue siendo difícil y, según un estudio realizado en Perú por Chiang et al., estos resultados pueden estar relacionados con las barreras para un diagnóstico óptimo.

Las principales barreras para este estudio fueron la capacitación inadecuada del personal médico, el acceso limitado a las pruebas de diagnóstico y las pruebas de provocación inadecuadas. En el estudio actual, no pudimos determinar si los casos se diagnosticaron a través del rastreo de contactos o consultas médicas, ya que esta información a menudo no se incorpora a las estrategias de prevención y control de los centros médicos.

Se cree que muchos casos estuvieron en contacto con pacientes adultos con tuberculosis, con 31 casos informados. Sin embargo, la alta proporción de casos (76,8%), especialmente entre los adolescentes, que desconocen esta información sugiere que el rastreo de contactos no está documentado o incluso limitado más allá de las estrategias de prevención y gestión del centro de salud.

Póngase en contacto con nosotros si es obligatorio en Ecuador y en todo el mundo. En Ecuador, el diagnóstico se basa principalmente en exámenes de laboratorio, hallazgos radiográficos sugestivos de tuberculosis y diagnóstico bacteriológico cuando esté disponible.

El uso de GeneXpert MTB/RIF (Cepheid, Sunnyvale, CA, EE. UU.) ha sido recomendado por la OMS como una prioridad para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica y se ha implementado en Ecuador desde 2015, pero solo para uso poblacional desde 2017. Ha sido así. ENPCTB. Esto puede explicar por qué solo pacientes (1,9 %) fueron diagnosticados con GeneXpert MTB/RIF en este estudio.

La prueba cutánea de la tuberculina no está comúnmente disponible en el sector público ecuatoriano y, por lo tanto, no se utiliza como herramienta de diagnóstico. Además, la información sobre el estado de vacunación con Bacillus Calmette-Guérin (BCG) no está disponible ya que esta información no se recopila como parte del programa.

La cobertura de BCG de Ecuador disminuyó al 83 % entre 2010 y 2016, lo cual es subóptimo en comparación con otras partes del mundo. En Ecuador se necesitan estrategias para mejorar la cobertura de vacunación posnatal y estudios de evaluación programática del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil en atención primaria y secundaria con prevención comprobada. Otro hallazgo importante de este estudio es que la prevalencia del VIH entre los tres grupos

de edad es similar a los países con una prevalencia promedio del VIH (10-60% según la OMS).

A nivel local, un estudio en Brasil encontró una prevalencia del VIH del 17% entre los niños diagnosticados con tuberculosis. Otro estudio en Cuba reportó una tasa de infección del 0%. Este último resultado es impresionante cuando se compara con nuestros resultados (9, %) y la prevalencia del VIH en adultos en Ecuador (0,3%) y Cuba (0, %). Una posible explicación de este resultado es que, si bien Ecuador tiene una menor capacidad para eliminar la transmisión de madre a hijo y prevenir la tuberculosis en niños infectados por el VIH en comparación con Cuba, tiene un riesgo significativamente menor de tuberculosis y es parcialmente integral. recomendado.

De todas formas, no fue reportada en otro estudio en Ecuador. Este es el primer estudio que caracteriza la epidemiología y los resultados del tratamiento de adolescentes de 10 a 11 años diagnosticados con tuberculosis. En este grupo, la enfermedad era predominantemente pulmonar (6,33), lo que puede aumentar 21 veces la probabilidad de infecciones adquiridas en la escuela. La tasa de éxito del tratamiento es

más alta de lo esperado y el período de seguimiento se acorta. Esto se puede mejorar mediante el desarrollo de servicios de salud para los jóvenes, incluido el apoyo psicosocial, y minimizando la interrupción de la atención médica.

En cuanto a la confirmación bacteriológica de la tuberculosis en niños, este estudio mostró la mayor tasa de éxito del tratamiento en la región y es consistente con los datos de países con alta carga de tuberculosis. Aunque la tasa de fracaso del tratamiento fue del 6,6%, de las 5 muertes fueron menores de 5 años. De estos, 3 no sobrevivieron al primer año y 1 fue hospitalizado por recurrencia. Este estudio tiene algunas limitaciones. 1) Las tablas de tratamiento se utilizan como fuente principal de información y contienen datos incompletos. 2) Debido a que este estudio fue retrospectivo, no se midieron los posibles factores de confusión, como el tipo de seguro médico, la terapia con BCG, las comorbilidades y los antecedentes de profilaxis de la TB. 3) Los casos que no habían iniciado el tratamiento fueron excluidos del análisis de resultados del tratamiento. Esto puede conducir a una desinformación que caracteriza a todos los niños y adolescentes diagnosticados con tuberculosis como susceptibles a la tuberculosis.

Conclusión

Como se señala en el contenido de este artículo, se debe prestar atención a la baja tasa de diagnóstico de tuberculosis en niños, especialmente en niños menores de cinco años, porque la carga total de casos es inferior a la esperada. No podemos garantizar que esto se deba a un menor rastreo de contactos, pero en la mayoría de los casos no hay un registro de contacto inicial en este estudio.

Además de esto, se requiere capacitación del personal debido a la alta prevalencia del VIH. El éxito del tratamiento se debe a la protección y cuidado de los padres, tanto durante la recuperación como al final del curso. Recomendamos fortalecer e implementar nuevas estrategias de reclutamiento, rastreo de contactos, sospecha de tuberculosis y tratamiento de pacientes pediátricos en el Centro Nacional de Salud. Incluyendo pruebas diagnósticas (PPD, IGRAS, radiología, tomografía, pruebas moleculares).

Aumentar la cantidad de personal capacitado en la Línea 1 y la Línea 2 para recolectar, procesar y tratar adecuadamente a los pacientes pediátricos.

Capítulo 2

Mortalidad Materna

Durante el año 2021

La salud materna está aumentada en el mundo debido a múltiples factores y causas, entre los cuales encontramos el incremento de las tasas de obesidad, las enfermedades crónicas como la hipertensión crónica, la diabetes mellitus tipo II y la enfermedad cardiovascular, así como la edad materna avanzada al momento de la concepción (J. T. Calderón Cisneros, 2021). Estos factores sumados a la mayor tasa de cesáreas, la falta de estandarización de la práctica clínica y la atención inapropiada de las urgencias obstétricas son las que contribuyen tremendamente al incremento de complicaciones obstétricas graves y muerte materna.

Sabemos que el número absoluto de muertes maternas cada año en el mundo, comparado con el número de muertes viales, resulta muy pequeño; pero para un país, la mortalidad

materna es un indicador clave de desarrollo, mientras que el nivel y la calidad de la atención que se brinda a las mujeres dentro y fuera del sistema de salud antes, durante y después del embarazo refleja el valor relativo que cada sociedad les otorga (Gamboa et al., 2022).

Por esta razón, este indicador cobra mucha importancia para poder comparar los esfuerzos de desarrollo de cada país desde la perspectiva de la salud. La mortalidad materna ha disminuido en los últimos años de nuestras últimas 500.000 muertes maternas en todo el mundo (543.000) a 287.000 por año, pero ha aumentado en los últimos dos años debido al impacto de la pandemia de COVID 19, especialmente en países donde el sistema de salud no está preparado. para hacer frente a la pandemia.

Según estimaciones de las Naciones Unidas (ONU), "hasta 20 millones de mujeres en las Américas dejarán de usar anticonceptivos durante la pandemia, ya sea porque los servicios no están disponibles o porque las mujeres ya no pueden pagar los anticonceptivos" (scielo, 2022).

Tasa de mortalidad a nivel mundial

Según la Organización Mundial de la salud y la OPS, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En años anteriores se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado(García et al., 2022).

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%(J. Calderón Cisneros et al., 2022).

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte(Montero et al., 2022)

Tasa de mortalidad a nivel de Latinoamérica

Según la UNFPA en la última década, América Latina y el Caribe ha progresado modestamente en la reducción de las muertes maternas. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 hace peligrar estos avances e incrementado el número de muertes maternas en exceso reportadas(Reekie et al., 2018).

Miles de mujeres siguen muriendo en la región por causas prevenibles y muchas otras sufren complicaciones que afectan su salud en el largo plazo(Birt et al., 2016). Estas mujeres tienen rostro: son las mujeres indígenas, las afrodescendientes, aquellas con bajos ingresos y con menor escolaridad, son las adolescentes y las jóvenes. Y junto a estas mujeres, que ven vulnerado su derecho a la salud y a la vida, miles de familias y comunidades sufren pérdidas emocionales, sociales y económicas (UNFPA, 2021).

Realizada la investigación se encontró que en el país de Uruguay la tasa de fallecimientos durante el embarazo, parto y puerperio es mucho mas baja que otros países de Latinoamérica y el Caribe, como segundo y tercer puesto esta Cuba y Chil(Iliadis et al., 2018).

Con sistemas de salud debilitados y volcados en la atención de los casos de COVID, los servicios de salud sexual y reproductiva fueron excluidos de las prioridades de los gobiernos de América Latina, lo que ha desencadenado un aumento silencioso pero alarmante de las muertes maternas en la región(Delgado et al., 2015).

Un reciente informe del Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro señala que en países como Chile, Ecuador, Perú y Brasil hubo un aumento de entre el 7 % y el 39 % de muertes maternas durante los meses más duros de la pandemia en 2020, como consecuencia, principalmente, de la falta de atención a las mujeres en estado de gestación(López González et al., 2015).

Tasa de mortalidad en el Ecuador

Las causas directas de muerte materna más comunes en Ecuador en 2020 fueron los trastornos hipertensivos como la preeclampsia severa (29 casos) o el síndrome de Hell (17 casos). También hubo una alta incidencia de hemorragia posparto (16 muertes). La causa indirecta más frecuente de muerte materna fue la infección por COVID (25 casos)(Rengifo et al., 2015).

Si el personal médico detectaba estos problemas a tiempo, las madres y los bebés aún tenían posibilidades de sobrevivir. El 67,82% de los médicos asoció los casos de complicaciones del parto atendidos durante la situación sanitaria de la COVID con la falta de atención prenatal(Mendoza Tascón et al., 2017).

Durante los peores meses de la pandemia, a dos mujeres embarazadas se les negó la atención de salud pública debido a complicaciones en el parto. Una de ellas tuvo un embarazo ectópico (fuera de la cavidad principal del útero) ya pesar de todos los exámenes médicos no quisieron atenderla. “Su hermano tuvo que pedir prestado algo para pagar una clínica privada. Venía de una familia muy pobre de Guayaquil”, recuerda Villa.

Otra mujer que fue discriminada por su estatus migratorio perdió a su hijo luego de buscar tratamiento en varios centros médicos de un pueblo amazónico. Estos temas no son ajenos a las autoridades. La nueva ministra de Salud, dijo hace unas semanas que el número de muertes maternas ha aumentado "porque las mujeres embarazadas muchas veces están enfermas y no hay salas de cuidados intensivos o medios"(Stylianou-Riga et al., 2018).

Sin embargo, nunca se han tomado medidas concretas para resolver la situación. “Hay muchas restricciones que impiden que las mujeres accedan adecuadamente a estos servicios. Es una responsabilidad del Estado, pase lo que pase,

qué se puede hacer para garantizar los derechos de todas y todos. Ecuador nunca ha priorizado los servicios de salud sexual y reproductiva(Jeannette Ávila^{1,a}, Mario Tavera^{2,b}, Marco Carrasco³, 2015)

Según la Universidad Cesar Vallejo se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores asociados al riesgo de morbilidad y mortalidad por sepsis materna en un hospital público de Ecuador, en el período 2020-2021. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con finalidad básica y modelo descriptivo con diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Se trabajó con una población de 150 pacientes gestantes que desarrollaron sepsis materna, atendidas durante el periodo 2020-2021, la muestra fue censal conformada por el total de la población. Para la recolección de datos se utilizó la observación por medio del registro de datos de historias clínicas. Se encontró que los factores asociados a la morbilidad y mortalidad por sepsis materna son zonas rural o marginal, ser primigesta o secundigesta, haber tenido un aborto/legrado o parto por cesárea durante la complicación; padecer anemia, obesidad, enfermedades renales y hepáticas, cáncer; y las complicaciones obstétricas como alumbramiento incompleto, rotura de

membranas y perforación uterina, lo que conlleva la hemorragia (Ortiz Menendez, 2022).

Implementar un estudio de investigación para así aminorar las muertes maternas, para esto Ecuador ha adoptado un comité Nacional de mortalidad materna(Do et al., 2018).

La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo es una tragedia para las familias y las comunidades con consecuencias sociales y económicas de largo alcance. La mayoría de estas muertes podrían prevenirse con medidas encaminadas a evitar embarazos no deseados, detectando y tratando rápidamente las complicaciones mediante una atención prenatal adecuada y una atención adecuada del parto y posnatal.

El objetivo de la estrategia de salud materna posterior al año 2021 es poner fin a la mortalidad materna. La estrategia para lograrlo se basa en el enfoque integral de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal basado en los derechos humanos y una aplicación poderosa consciente del contexto, orientada al sistema y a las personas.

La estrategia hace hincapié en la equidad, tanto en la elección de los objetivos como en los puntos estratégico para alcanzarlos. Lo primordial es empoderar a las mujeres, niñas y comunidad; proteger y apoyar la relación entre madre y bebé, priorizando la participación, liderazgo y la adopción de derechos humanos que asegure a todas las madres una disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la atención de la salud sexual, servicios reproductivos, maternos y neonatales de calidad (Karolinski, 2015).

Es responsabilidad de todos asegurar la supervivencia, la salud materna y neonatal que ocupan un lugar destacado en la agenda de desarrollo, dado el importante papel que juegan las mujeres y sus hijos en desarrollo de las futuras generaciones y comunidades. Intentemos que para el 2030 podamos decir que, bajo nuestra atenta mirada, compromiso y estudios estadísticos pudimos aminorar la tasa de muertes maternas prevenibles (Maternal mortality, 2019). Por lo tanto, nuestro fin del trabajo es brindar información sobre las muertes maternas y las múltiples actividades que lo acompañan, ya que van más allá de la clasificación, la medición y los indicadores. A medida que ocurren las muertes

maternas queremos establecer metas de reducción y disminución de las mismas, con ayuda de las autoridades de salud pretendemos investigar a fondo la causa y tomar medidas específicas para evitar que el problema vuelva a ocurrir por las mismas circunstancias o motivos(Chitwood et al., 2015).

La muerte de la madre desencadena un conjunto de acciones con efectos desagradables, por lo que este tema ha sido un punto focal para seguir investigando y evitando el fallecimiento materno, examinando y mejorando todo el proceso de atención y ayuda para evitar más tragedias.

El abordaje de este tema se enfoca en intentar cambiar en cierto modo la salud publica porque de allí se deriva la falla que comete el gobierno y la poca importancia que hay para la madre, por siguiente les mostramos algunos aspectos fundamentales para intentar cambiar la salud publica enfocado en la maternidad: poner mayor atención en el desempeño clínico (efectividad, eficiencia, rapidez, demora, omisiones y calidad); la organización interna del hospital (lo que tiene y cómo se utiliza) y la mejor por totalidad de la atención entre establecimientos de salud (transferencia de un departamento a otro) (Geográfica, 2021).

Como resultado, las actividades, comunicación entre doctor y paciente y en los procesos de atención deberían de cambiar de una forma drástica cuando haya emergencias obstétricas y en todas las áreas posibles, así evitaríamos muchas muertes(Calvillo, 2015). Por citar solo un ejemplo, se encontró que muchas mujeres mueren por hemorragia posparto cuando son trasladadas de los llamados hospitales comunitarios a hospitales de un ´ mayor rango, pero de nada sirve que las trasladen si su tiempo ya es demasiado tarde; la paciente en su trayecto fallece por lo que se capacitó al personal para realizar traslado tras traslado.

Discusión

Ecuador ha logrado avances significativos en el campo de la salud sexual y reproductiva a través de políticas orientadas a garantizar el derecho a la salud. La mortalidad y la morbilidad maternas más grave se puede prevenir si se toman medidas para reducir las complicaciones de un embarazo normal o para manejarlas adecuadamente después de que ocurren.

Por lo tanto, las muertes maternas no son solo un problema de salud pública, sino también un reflejo de las persistentes

desigualdades y violaciones de los derechos humanos. Al discutir el modelo de abordaje integral de MM, MMG y CPF, se busca compartir claves sobre cómo se pueden integrar estos temas de salud pública en políticas, programas y servicios médicos. Además, muestra cómo las contribuciones de este estudio pueden servir como guía para tomar decisiones informadas en salud pública(Marilin et al., 2018).

Al discutir el tema, se espera aminorar en su mayoría las MM, se buscan claves sobre cómo se pueden integrar estos temas de salud en políticas, programas y servicios médicos. Además, que contribuyan para que sirvan como guía para tomar decisiones informadas y no a la ligera precautelando la salud materna(Coo et al., 2017).

Seria de mucha ayuda proponer áreas de investigación, cada una de las cuales se basen en resultados científicos o por investigaciones o campañas de otros países, para así tomar de modelo ese tipo de estructura, para que ya en nuestro país comience el declive de muertes maternas. Además, que cumplan con los lineamientos técnicos recomendados por la OMS y el Centro Latinoamericano de Salud Perinatal, de la

Mujer y Reproductiva(Zuna, Nina I; Selig, James P; Summers, Jean Ann; Turnbull, 2009).

Caracterizar el problema no es fácil, ya que hay varios factores causales asociados, que nosotros como futuros doctores debemos identificar. Dependiendo de la operatividad de los criterios utilizados, los criterios basados en la enfermedad son los más sensibles para detectar estos casos. Sin embargo, los criterios basados en resultados de laboratorio y disfunción de órganos o sistemas son los más específicos.

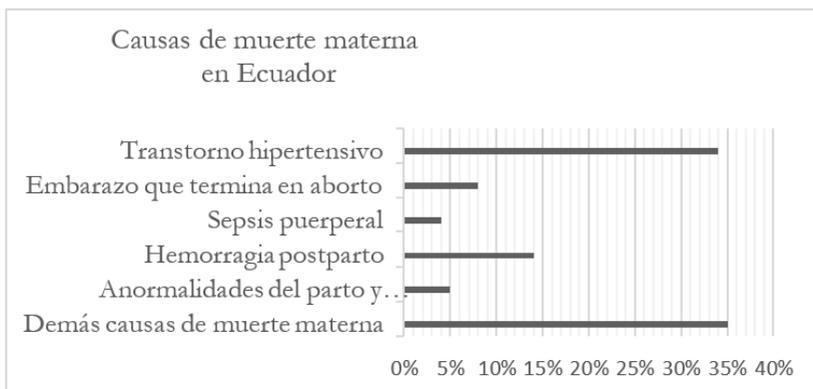
Se enfatiza la importancia de contar con información poblacional para reconstruir la historia del embarazo, para conocer a detalle cada una de las causas, problemáticas y preocupaciones que este problema trae consigo. Por ello debemos tener en cuenta las consecuencias o las diferentes complicaciones que ocasiona la MM; si se tiene esta información sería de gran ayuda para el gobierno, ya que se evitarían muchas muertes.

Conocer el contexto de las muertes maternas, es fundamental para poder reconocer el problema y sus determinantes, este artículo aborda la transición de la salud de la mujer

desde el momento de la concepción, fecundación hasta el momento del parto, para comprender mejor los procesos de atención en salud asociados al ciclo reproductivo.

También, nos hemos percatado que las causas principales de MM han variado poco en la última década. Las principales causas de muerte materna siguen siendo los trastornos hipertensivos durante el embarazo, la hemorragia postparto, los embarazos terminados en aborto (incluye embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica), distocias y la sepsis puerperal.

Gráfico 1



(Principales causas de muerte materna en Ecuador, 2021)

En el gráfico numero dos nos percatamos que la provincia con mayor cantidad de MM se centra en Guayas, sus causas se basan en que los hospitales del MSP existen severas deficiencias en la infraestructura, mobiliario, equipo y ropa, así como también en el abastecimiento de medicamentos esenciales, como petidine, salbutamol, halotano, diazepam, sulfato de magnesio, hydralacina, adrenalina, hidrocortisona, ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, etc., estas carencias constituyen factores limitantes para la atención estable obstétrica y neonatal.

Ninguno de los hospitales de Guayaquil proporciona a exactitud los consumos necesarios para una salud pública garantizada, ya que carecen de entrega asistida o herramientas, lo que por ello hace riesgoso el ciclo maternal de la madre en su proceso natal.

Gráfico 2

Mapa de MM por provincia



(MapaN01MuertesMaternasporporprovinciadefallecimiento SE1aSE51, 2021)

Conclusiones

Por concluir nos percatamos que la tasa de mortalidad materna en el año 2021 en Ecuador, aumentó por la falta de conocimiento, más aún en tiempos de pandemia. Este problema atrae consigo varias enfermedades que incluso pueden ser preexistentes o desarrolladas, con ello, citamos a

continuación las más recurrentes: presión alta, sangrado, anemia, obesidad e infecciones en las vías urinarias.

Pero con el pasar de los años los especialistas, médicos y los que brindan atención a nivel de información, se han puesto a brindar más capacitaciones u/o campañas con el fin de que esta taza ayude a disminuir en lo posible muertes maternas. La muerte materna también es una variable biológica ya que las experiencias de parto y reproducción de cada mujer son diferentes, en este proceso intervienen varios ámbitos ya sean económicos en el cual las mujeres no pueden asistir a sus controles mensuales o no tienen el suficiente dinero para poder comprarse todos los medicamentos indispensables en el embarazo, además de esto hay mujeres que tienen antecedentes de drogas lo cual complica más el embarazo dando como resultado la muerte materna, también hay factores culturales ya que aún sigue habiendo mujeres que no se rigen a los procedimientos de parto ya establecidos y comprobados, sino que prefieren realizarlo por sus propios métodos o creencias como por ejemplo: partos en piscina, partos en el mar, etc.

Son factores que afectan al proceso ya establecido, arriesgando su salud. Cada mujer ve su proceso de concepción totalmente diferente a otras, se pueden realizar varias actividades para cambiar o tratar de mejorar el sistema de salud, pero al final siempre va a ser decisión de cada mujer como quiere traer al mundo a su hijo y de las consecuencias que podrían traer sus decisiones.

Según un estudio realizado en Ecuador, las “curas de varios antepasados para la enfermedad todavía se utilizan en la actualidad. Hay chamanes que utilizan objetos simbólicos del mundo espiritual, así como palabras, gestos, animales, plantas y movimientos para diagnosticar y tratar pacientes en algunos lugares. En consecuencia, la Constitución Nacional del país establece el respeto a la medicina tradicional y los saberes ancestrales de sus comunidades indígenas. La provincia de Bolvar está ubicada en las montañas y tiene una población diversa de indígenas y mestizos”(Sánchez et al., 2016).

Capítulo 3

Cáncer en la Niñez y la Adolescencia

La presente investigación aborda información acerca del cáncer infantil, dicha enfermedad es producida por el crecimiento alterado de las células del cuerpo. Estas pueden formar un tumor que, a su vez, puede interferir con el funcionamiento normal del organismo del paciente. En consecuencia, la patología mencionada puede afectar a cualquier parte del cuerpo, pero los tumores más comunes se encuentran en la sangre, el cerebro, el sistema nervioso central, los huesos o el tejido conjuntivo (Cancer Research UK, 2021).

De igual manera en el siguiente artículo se plantea la elaboración de información sobre el cáncer en la niñez y adolescencia agregada de diferentes fuentes, con el objetivo de educar y prevenir a la población sobre esta enfermedad. Las diversas fuentes de información nos muestran que el cáncer infantil es la segunda causa de muerte en un año, siendo superada únicamente por los accidentes automovilísticos.

El cáncer infantil se da en bebés y niños de 14 años sea por mutación hereditaria (mutación genética que puede transmitirse de padres a hijos) o por malformaciones durante el desarrollo embrionario. (American Cancer Society, 2022).

Existen diferentes tipos de cáncer donde cada uno conlleva diferentes tipos de tumores, entre los más comunes tenemos: a la leucemia, cáncer que se origina en etapas tempranas de los glóbulos blancos, y también puede desarrollarse en los otros tipos de células sanguíneas (Cleveland Clinic, 2022), el linfoma de Hodgkin que es un cáncer que se forma en las células del sistema linfático (Mayo Clinic, 2022), el neublastoma, cáncer que se origina en las etapas incipientes de las células nerviosas), tumores alrededor del sistema nervioso central y el tumor de Wilms que es un cáncer que afecta al riñón, también conocido como nefroblastoma. (National Cancer Institute, 2021)

Los síntomas mas comunes del cáncer infantil son la presencia de fiebre, palidez, fatiga, pérdida de apetito por consiguiente perdida de peso, sangrados y moretones inexplicables(NCI, 2022).

El tener estos síntomas no certifica como cáncer de inmediato, pues se debe realizar la respectiva anamnesis y exámenes clínicos para poderlo confirmar. Lo que nos lleva a las diferentes causas del cáncer infantil, al ser una enfermedad con pocos avances científicos no puede predecirse o prevenirse con fármacos, sin embargo, un diagnóstico temprano y preciso, nos daría un tratamiento mucho más efectivo, pues las muertes por el cáncer infantil en su mayoría son el resultado de un mal diagnóstico. (Knowledge Conquers Cancer, 2022).

Se estima que cada año, más de 400.000 niños son diagnosticados con cáncer, distribuidos alrededor de todo el mundo. En la Región de las Américas, se estima que hubo 32.065 nuevos casos de cáncer en 2020 en niños de 0 a 14 años; de ellos, 20.855 casos ocurrieron en países de América Latina y el Caribe (World Health Organization, 2021).

Para esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre del 2018, lanzó la iniciativa mundial contra el cáncer infantil con la finalidad de dar a conocer las profundas desigualdades en los casos de cáncer infantil, donde se

estima que, en los países con estabilidad económica y organización en el área de la salud, más de un 80% de los niños con cáncer se curan, mientras que en los países con media o baja estabilidad económica solo un 20% cumple con el objetivo (Pan American Health Organization , 2021) Y aun después de ya obtener un diagnóstico positivo el cáncer infantil y adolescente afecta la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares, pues indiferente de cuál haya sido el tratamiento recibido, los pacientes están en riesgo de una evolución o repetición del cáncer inicial, lo que puede llevar desarrollar enfermedades y discapacidades funcionales, como también neoplasmas malignos posteriores.

El tipo de estudio empleado fue descriptivo, esta es una forma de investigación utilizada para recopilar datos sobre un tema específico, se centra en la observación y el análisis de los datos recopilados, y se utiliza para proporcionar una descripción detallada del tema de estudio. Esta puede utilizar una variedad de técnicas de recopilación de datos, como entrevistas, encuestas, análisis de documentos y observación directa (Guevara, 2020).

En este caso, su importancia dentro del presente artículo recae en utilizar estos datos para formular una comprensión más profunda acerca del cáncer infantil en el mundo, y con ello, general las respectivas conclusiones.

El estudio documental es un método de investigación que se centra en el análisis de documentos para obtener información sobre un tema específico. Los documentos pueden incluir libros, artículos, informes, diarios, archivos, cartas o cualquier otro tipo de material escrito.

El estudio documental se puede utilizar para investigar una amplia variedad de temas, desde la historia de un evento hasta la biografía de una persona (Hassan, 2020) En consideración de aquello, se empleó de este para llevar a cabo el presente documento, en este caso permitió comprender mejor el contexto de un texto y establecer conexiones entre los documentos y la formulación de preguntas; así como la búsqueda de respuestas acerca de los datos mundiales del cáncer infantil.

Por otro lado, el diseño no experimental es un tipo de diseño de investigación en el que los investigadores no tienen control sobre las variables y no pueden manipularlas de manera

intencional. En lugar de ello, solo se observó y analizó los datos que ya existen, se investigaron en diversas revistas como Redalyc, Scielo, entre otros. De los cuales se incluyeron 35 artículos, específicamente 15 en inglés y 20 en español dada su relevancia con el tema.

Finalmente, la búsqueda bibliográfica de trabajos investigativos de los años 2017 a 2022 dentro de los cuales se seleccionaron análisis sistémicos, ensayos clínicos y reportes de casos. Las investigaciones analizadas aportaron resultados que establecen al cáncer como una enfermedad en la que las células del cuerpo se dividen sin control, estas pueden comenzar en cualquier lugar del cuerpo, y puede propagarse a otras partes del cuerpo a través de la sangre o los linfáticos.

Adicionalmente, los resultados de los tratamientos descritos en las investigaciones indican que, efectivamente esta patología es una de las más letales en el mundo y su afección a los infantes ocupa la segunda causa de muerte en los niños. Además, se encontró una diferencia significativa entre el tratamiento realizado en diferentes naciones ecuaciones deben aparecer centradas con respecto al texto principal y numeradas consecutivamente en orden de aparición. En lo posible, debe utilizarse un formato uniforme para todas las

ecuaciones, escribiendo las variables en letra cursiva, los subíndices y superíndices de las variables en letra normal y los vectores y matrices en letra negrilla. Continuando con el artículo, el cáncer infantil llegó a alcanzar un alto número de casos, pues la persistencia del cáncer en los niños varía dependiendo de las regiones donde se lo estudie, pues algunos casos derivados tienen un mayor riesgo de exposición tanto intrínsecos como extrínsecos, tenemos que a nivel mundial se realizó un análisis en el cual se evaluó la cantidad de casos que existen por continente y algunos países, dando así también cual es el tipo de cáncer más común.

Tabla I. Casos a nivel global

Lugar	Casos
Estados Unidos	186,6 por 1 millón de niños
Argentina	11.447
Chile	2.404
México	135,8
Ecuador	490
Asia	17.008
Europa	3.000

Fuente: Adaptado de (Pan American Health Organization , 2021)

El primer país en donde se realizó el estudio fue Estados Unidos donde dio un resultado de una incidencia anual de 186,6 casos por millón de niños con edad entre 0-19 años, donde el tipo de cáncer que destacó entre dichas edades fue la leucemia siendo así el 26% de casos. Le sigue Latinoamérica donde no existe un registro general, pero existen reportes de algunos países dándonos las cifras de infantes y adolescentes afectados con cáncer. Argentina posee su propio registro denominado ROHA “El Registro Oncopediátrico Argentino” o también denominado por sus siglas al inglés “The Argentinean Oncopaediatric Registry” (Hospital, 2016), en este sitio web se mostró un total de 11.447 casos, donde los más frecuentes fueron la leucemia, linfoma y tumores en el sistema nervioso central.

Le sigue Chile que su primer registro nacional de cáncer infantil fue en el 2018, desde entonces se ha tenido una total de 128,5 casos en niños menores de 14 años, con diagnósticos de un 40,1% leucemia y un 15,9% de tumores del SNC. Ecuador cuenta con SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) esta entidad es la que se encarga de los registros de cáncer a nivel nacional, registrando así en Quito un total

de 490 casos con un 13,1% de tumores reticuloendoteliales siendo los mas comunes luego de la leucemia.

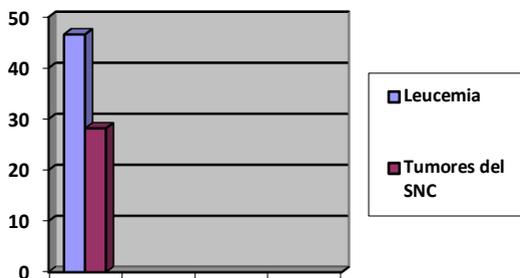
Tenemos de forma general a las 4 subregiones de Asia, su region Este tuvo un total de casos de 17.008 adolescentes entre 15 y 19 años, en la region Sur los mas afectados fueron los niños menores de 14 años dando 5.662 casos, mientras que los casos para adolescentes entre 15 y 19 años fue de 2.339. Por ultimo tenemos a Europa que cuentan con el ACCIS por sus siglas en ingles “Sistema Automatizado de Informacion sobre el Cancer Infantil” donde se registran desde los 0 años hasta los 20 años de edad, sus datos son entre 19 paises agrupados y ordenados en Este, Norte y regiones del Sur y Oeste de Europa.

El cancer infantil tiene un sin numero de casos por pais pero eso no quiere decir que sera asi siempre, cada año las cifras de estos casos bajan pues se estan tomando las medidas necesarias para su correcta prevencion y tratamiento.

DISCUSIÓN

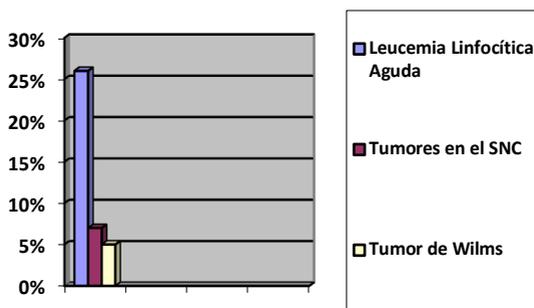
Como hemos expuesto anteriormente el cáncer infantil es una de las principales causas de mortalidad en los niños, según estudios a nivel mundial podemos presentar que existe el incremento de 165.000 a 215.000 casos nuevos por año de niños con cáncer menores de 14 años y 85.000 casos nuevo para los adolescentes entre 15 a 19 años. (Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, 2019)

Se realizó una investigación en la cual se valoró los índices de cáncer infantil, en el cual se presentaron que en el continente americano se estima que ocurrieron 32 mil nuevos casos en 2020, fallecimientos en niños entre 0 a 14 años 8 mil y en América Latina y el Caribe 20 mil y 7 mil muertes de niños por cáncer. (Zapata, 2022)

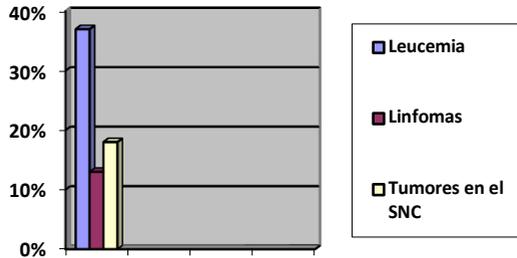


En los gráficos anteriores podemos visualizar los cánceres más comunes según las edades, en el gráfico 1 con mayor incidencia tenemos la leucemia con el 46,6%, siguiéndole los tumores del SNC con el 28,2%, mientras que en el gráfico 2 que representa a los niños entre 15 a 19 años con un mayor porcentaje de repercusión tenemos a los linfomas con un 41,8% y los tumores epiteliales y melanomas con 39,5% (Revistaavft, 2019).

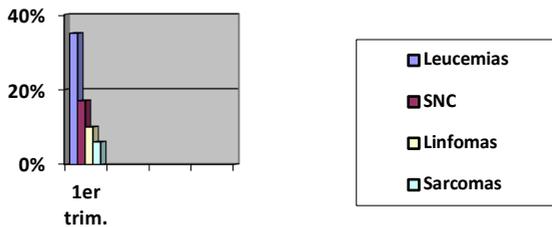
De acuerdo a la evaluación realizada, tenemos a Estados Unidos donde mayormente los menores son afectados con un 26% por la leucemia linfocítica aguda, siguiendole con un 7% por tumores en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en tercer lugar tenemos a pacientes con el tumor de Wilms con 5%. (Instituto Nacional del Cáncer, 2021)



Mientras que en Argentina como se mostrarón los datos anteriormente el estudió arrojó un total de 11.447 casos de cáncer infantil, con un mayor número de perjudicados con la leucemia aguda con una tasa de 46%, siguiendole los tumores del Sistema Nervios Central con un 23% y un 16% afectados por los linfomas. Incluso nos relata que los sobrevivientes de menores de 15 años con cáncer promedia el 67% inferior a los países desarrollados, por el mal diagnóstico(Soares et al., 2018)



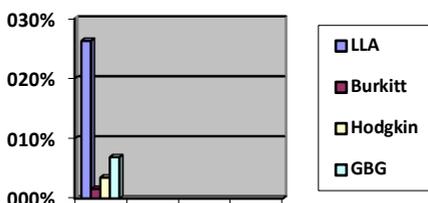
En Chile el cáncer infantil es la cuarta causa de muertes en niños, con un 35% las leucemias es el tipo de cáncer mas frecuente en dicho país, siguiendole los del Sistema Nervioso Central con 17% de incidencia, mientras que los linfomas y sarcomas con un 10% y un 6% (Copago Cero, 2016)



En Brasil el cáncer infantil es el que causa el mayor número de muertes en niños y adolescentes, los más comunes son las leucemias, tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) y los linfomas.

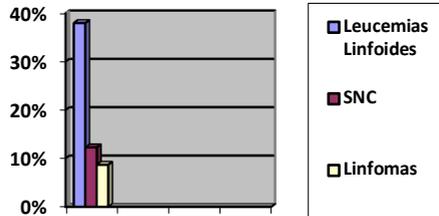
El INCA informa que cerca del 80% de los niños que han sido diagnosticados se pueden curar si se tratan a tiempo y en centros especializados, dice que la mayoría de ellos llegarían a tener una buena calidad de vida. (Gandra, 2021).

Un estudio manifiesta que de cada 100 niños diagnosticados con cáncer 30 mueren de cáncer cada año, inclusive nos muestran cifras de los cánceres con mayor frecuencia, como son la leucemia linfoblástica aguda con un 26,3%, Burkitt muestra el 1,6% de los casos, Hodgkin con 3,5% y GBG con el 6,9%, incluso nos expone que la supervivencia neta de la LLA es de 60 -69%. (Organización Panamericana de la salud, 2021)



Las cifras arrojadas de los estudios realizados en el Hospital SOLCA Guayaquil, Ecuador el cáncer más común son las leucemias linfoides con un 38%, cáncer en el SNC representa el 12,3% y linfomas con 8,7% de incidencia. (Hospital

SOLCA Guayaquil, 2019), incluso es importante destacar que es el segundo país con mas casos de cancer infantil en Sudamérica.



Según un estudio hecho por la Universidad de Harvard analizó el cáncer infantil y resultó que en tres regiones como lo son África, Islas del Pacífico y el sur de Asia, no se han diagnosticado aún la mitad de los casos, incluso el director del estudio comentó que su investigación arrojó el resultado de que uno de cada dos niños con cáncer pueden morir sin un tratamiento. (Fundación Sandra Ibarra, 2019).

De acuerdo a una publicación por The Lancet Oncology, para el año 2050 la mitad de los casos en el mundo de cáncer infantil serían de África, con una tasa probablemente de

56,3 casos por millón de personas con cáncer, por la ausencia de oncólogos pediátricos presentes en el país. (Info-salus, 2022)

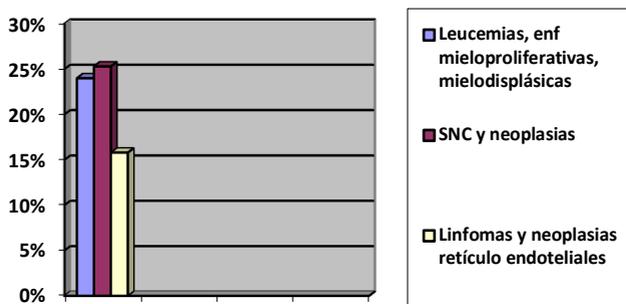
Durante el período de pandemia por Covid-19 se interrumpió los servicios esenciales de salud en todo el mundo, pero África fue uno de los continentes más afectados, debido a su frágil sistema sanitario, dado esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 30.000 niños lamentablemente fallecieron debido al cáncer y a la falta de atención(Akinyemi et al., 2015)

Los tipos de cáncer más comunes en África son la neoplasia maligna, el sarcoma de Kaposi, el linfoma de Burkitt y el nefroblastoma es el tumor más concurrido.

La Organización Mundial de la Salud en Europa ha presentado una investigación de acuerdo a las desigualdades del cáncer infantil en la Región Europea, ya que en algunos países europeos la tasa de mortalidad va entre el 9% y 57% dependiendo del país, esta publicación lanzada por la OMS Europa, quiere conscientizar acerca el cáncer infantil, por la

falta de medicamentos, malas atenciones clínicas, los diagnósticos erróneos o inexactos, la falta de centros pediátricos y la carencia de dinero para la compra de los medicamentos. (Infosalus, 2022)

Una recopilación de datos por la Comunidad de Madrid nos dice que el cáncer infantil más común en menores de 0 a 14 años son las leucemias y enfermedades mieloproliferativas y enfermedades mielodisplásicas con un 24% de incidencia, a los del SNC y neoplasias intracraneales e intraespinales con un 25,3%, y en tercer lugar con un 15,8% los linfomas y neoplasias retículoendoteliales. (Comunidad de Madrid, 2017)



En las últimas décadas la tasa de supervivencia ha mejorado notablemente entre 1975 y 2012, para LLA que es el cáncer

mas común como pudimos analizar que la tasa de supervivencia a cinco años mejoró del 57% al 92%, mientras que para el linfoma no Hodgkin mejoró del 43% al 91% (Cáncer, 2021).

La vida post cáncer es difícil, los niños experimentan efectos tardíos como lo son los problemas emocionales, pueden padecer ansiedad, depresión y temor a que el cáncer vuelva, muchos de los niños evitan la atención médica lo cual es perjudicial para ellos. (Méndez, 2004)

Otro de los problemas post cáncer son los cánceres secundarios, muchos pacientes que sobreviven pueden adquirir otro tipo de cáncer, pueden incluso experimentar problemas en su crecimiento, desarrollo y hormonales. (Cancer.net, 2019)

El SJD Pediatric Cancer Center Barcelona realizó una investigación y se muestra que en los países desarrollados el 80% de niños con cáncer pueden curarse, a diferencia en los países subdesarrollados con un 20% de posibilidad de curarse, por sus malos diagnósticos, la terrible economía, falta de acceso a la medicina y tratamientos. (San Joan de Déu, 2022).

CONCLUSIONES

Una vez que se ha realizado la investigación el estudio de cáncer infantil podemos determinar las siguientes conclusiones:

Se determinó que la mayor incidencia de tipos de cáncer fue la LLA, la leucemia linfoblástica aguda, es la causa principal de muertes en el mundo.

Evaluamos las posibilidades de supervivencia dependiendo el desarrollo del país obteniendo como respuesta que los países subdesarrollados muestran un leve índice de supervivencia por su falta de condiciones sanitarias.

En el estudio realizado concluimos que África es el continente con mayores casos de cáncer infantil, por su falta de atención médica, ya que no existen los oncólogos pediátricos, incluso se investigó que en 2050 la mitad de casos de esta enfermedad serán de África.

En la Región Europea se evaluó que la mayoría de casos aún no han sido diagnosticados, ni tratados en los países con menos capacidad económica.

Analizamos la vida de los niños después de experimentar esta etapa de cáncer y como pueden llegar a adquirir otro tipo de cáncer después de superarlo.

Finalmente indagamos en el área psicológica y mostró que los niños post cáncer experimentan diversos problemas, como lo son la ansiedad, depresión y temor a recaer nuevamente.

Es importante que se concientice a la población sobre el tema del cáncer infantil, toda vez que hemos podido observar que esta es una enfermedad agresiva que afecta especialmente a los niños que puede ser controlada si es diagnosticada a tiempo. Los gobiernos de los distintos países deben desarrollar políticas publicas enfocadas a tratar exclusivamente del tema expuesto, de tal forma que se determine un presupuesto que permita implementar los distintos planes sanitarios.

Capítulo 4

Impacto Psicológico en Adultos Mayores Post Virus Sars-Cov2.

La Organización Mundial de la Salud declaró un brote de esta nueva enfermedad en enero de 2020, denominada COVID-19. Desde entonces, se ha identificado como una emergencia de salud pública internacional debido al alto riesgo de que la pandemia se propague a otros países del mundo fuera de China. En marzo de 2020, la OMS decidió clasificar el COVID-19 como una pandemia(Rodríguez, 2020).

El país enfrenta graves problemas de salud, como los nuevos virus COVID-19 y SARS, que están causando cambios fundamentales en la vida de las personas, incluidas pérdidas psicológicas, económicas y familiares. El trabajo actual se centra en los ancianos, que representan estos segmentos de grupos vulnerables y reciben poca atención en los servicios de salud. Colocar a una persona mayor supondrá la pérdida de ciertas rutinas, como, por ejemplo: A. Sal a caminar,

visita una guardería con actividades de estimulación cognitiva, visita a familiares, participa en actividades propias de la edad.

El aislamiento social puede representar una exacerbación del deterioro cognitivo, la desorientación y la confusión asociadas con las condiciones psiquiátricas es mayor, y el estrés y la ansiedad son factores que contribuyen a esta situación, dada la condición, la susceptibilidad y el riesgo individual aumentan, y los síntomas y complicaciones pueden ser más severo.

Las personas mayores suelen experimentar riesgos como alcanzar metas importantes, pérdida de autonomía, baja autoestima, experimentar estados emocionales negativos, aumento del miedo, ansiedad, ansiedad e irritabilidad es una amenaza más para sus vidas. (Triana, Pérez, & Hernández, 2020) Científicamente, estudios estadísticos muestran que las personas con mayor riesgo de morir por coronavirus son las personas mayores de 50 años, con 8.955 personas, según estadísticas oficiales ecuatorianas. ha sido confirmado y demostrado ser probable.

Al 26 de julio de 2020, el 59% tenía más de 65 años, referente a nuestro país. En otras palabras, 6 de cada 10 personas mayores están perdiendo la batalla contra el virus más letal del mundo. Todos los adultos mayores están alejados y sin seguridad social y tienen acceso a servicios médicos.

Varela Pinedo LF afirma que los adultos mayores son los que estudian en el último nivel. de su vida, ya que es una etapa de desgaste físico y cognitivo. Las personas mayores de 65 años pueden llamarse adultos.

Las personas mayores son uno de los grupos de mayor riesgo por la epidemia de coronavirus y han dicho que tienen tasas de mortalidad más altas en varios países. De hecho, el grupo de edad más vulnerable desde el comienzo de la pandemia de coronavirus Comprobado en personas mayores: Diabetes, cáncer o hipertensión, enfermedades cardiovasculares y coronarias, etc. Si está infectado con un virus, El potencial de complicaciones graves, incluida la muerte, es considerable (Tacos, 2020).

Se espera que la pandemia aumente significativamente los problemas de salud mental en forma de síntomas como ansiedad y depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, autolesiones y suicidios, y puede ser aún mayor en los ancianos, que ya es un problema mundial. de acuerdo con Según la OMS, alrededor del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico. La pandemia provocada por el virus COVID-19 plantea un grave problema de salud pública. Es claro que hay una alta tasa de mortalidad entre los ancianos y un impacto negativo. Su vulnerabilidad está relacionada no solo con su edad, sino también con su condición económica, profesional y social.

Como resultado, las personas mayores enfrentan el acceso a los servicios sociales de salud en igualdad de condiciones y oportunidades sin discriminación específica, falta de seguridad social y falta de atención en hospitales de primer nivel donde puedan volver a casa. La dificultad es clara. De ahí las amplias disparidades sociales a las que se enfrentan las personas mayores.

Con base en los resultados de este estudio y el artículo que lo acompaña, podemos confirmar que hay un total de 8.955 muertes confirmadas por Covid-19 en Ecuador, el 59% de las cuales tenían más de 65 años, como lo menciona Gullot.

Además, es necesario planificar la correcta asignación de los recursos económicos específicos para el cuidado y la recuperación de este grupo particular de personas. En este estudio, dependiendo del tipo de enfermedad que tenían los adultos mayores; hipertensión arterial Alfonso et al. Afecta a unos 10 millones de personas en el 68% de los adultos mayores de 60 años. Adultos y 31,9% de diabetes mellitus en comparación con el estudio De Hernández et al.

Se considera que la prevalencia mundial de esta excusa fue del 9% en el 2016 y según proyecciones de la OMS esta patología será la séptima fundamento de crimen en el 2030; Además las enfermedades cardíacas con el 10,4% a parábola de lo axioma por Sánchez et al. con el 20% en México, estas cifras en la vida tienen mucha similitud, por ello, considerando que la localidad adulta decano presenta enfermedades crónicas degenerativas que los ponen en decano caso de contagiarse por Covid-19.

Al identificar los factores de caso que afecta la salubridad mental de los adultos mayores, llegan a portear ansiedad, depresión, enojo y frustración, más incluso en esta recorrido de confinamiento; según los resultados obtenidos Emerson et al. indica que 43% de 833 mencionaron haberse contrito solo, por lo que se ha observado un dilatación relativo a estos porcentajes, lo que nos demuestra que la cuarentena del Covid-19 está teniendo un gran golpazo en los adultos mayores, Por consiguiente, se ha demostrado que las enfermedades preexistentes tuvieron un decano afectación a los factores psicológicos en la cual mencionan, que la patología que tenían los hacían más vulnerables, temían por la hazañas de ellos rebosante más por lo que precede que existiera el virus, es más afirman ver contrito por su excusa que padecían ora que, al aproximarse encerrado se los excluían incluso más de las reuniones ora conversaciones entre prole para librarse espécimen contagiados.

El estudio fue descriptivo y transversal. Este escenario afectó a varias provincias del Ecuador con población adulta mayor en el periodo de agosto a diciembre de 2020. La población encuestada estuvo conformada por 100 personas. El

tipo de muestreo fue un método no probabilístico ya que se establecieron criterios de inclusión.

Adultos mayores que aceptaron participar: Personas de ambos sexos, 60-95 años, Personas mayores que han dado a luz.

Se utilizó como herramienta una encuesta de Google Forms, también realizada de manera directa y personal en la ciudad de Guayaquil. Los participantes aceptaron participar en el estudio después de anunciar el propósito del estudio. Debido a la situación actual, la encuesta se realizó de forma individual y en una sola reunión. Se utilizó una aplicación Google Forms para procesar los resultados. Esto nos permite resumir los resultados en una tabla que estudiaremos a continuación.

Discusión

Del total de 100 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, participaron del estudio.

El grupo de edad es del 40% en los 66-70 años y del 13,5% en los 60-65 años. El 1,5% representa el grupo de mayor

edad de 91 a 95 años. El 42,5% eran mujeres y el 57,5% hombres. En cuanto al estado civil de los adultos mayores, el 30% eran casados, el 25,05 % eran viudos, el 17,82 % eran casados por lo civil y el 26,68 % eran solteros, y se encontraban en alto riesgo de vulnerabilidad ya que posiblemente podrían deprimirse. En el cuadro 1 se muestran las variables asociadas a esta población. Los resultados mostraron hipertensión en el 51%, diabetes mellitus en el 21,3%, seguida de artrosis en el 10%, discapacidad en el 6,1% y cardiopatía en el 11,6%. Las personas mayores ahora sufren enfermedades crónicas degenerativas y creen que tienen un mayor riesgo de contraer otras enfermedades oportunistas y Covid-19.

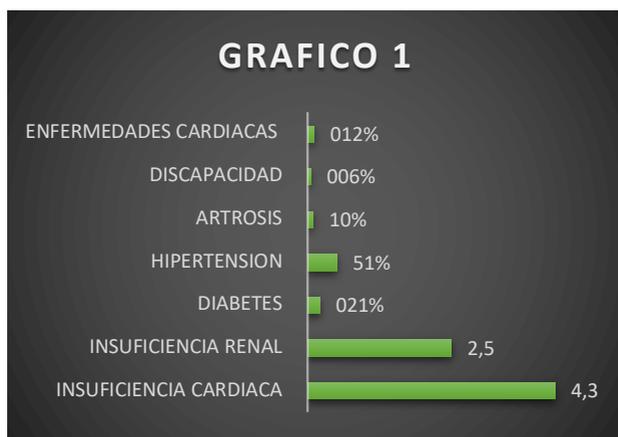


Gráfico 1. Tipos de enfermedades que padecen los Adultos Mayores

El gráfico 2 muestra que el 40% de los adultos mayores vive con hijos, el 35,5% con cónyuge, el 17,7% con nietos, el 3,1% con otras personas y el 3,7% con sobrinos. Para otros, se contextualiza como vivir solo con vecinos, amigos y hermanos, lo que demuestra que las personas mayores no pueden estar solas porque necesitan apoyo físico, psicológico y económico.



Gráfico 2. Con quien vive en su domicilio

En cuanto a las variables que soportan los costos, el Gráfico 3 muestra que el 37,4% de los costos de los adultos mayores los asumen los hijos, el 20,4% los gastos privados, el 22,6% los costos de las pensiones de vejez y el 6,9% los gastos de

vejez. pensiones Entiendo que usted está agobiado. su cónyuge; Vale la pena señalar que el 2,7% de estos están cubiertos por seres queridos en la tercera edad. Puedes asociarlo con otra variable. Es decir, si el confinamiento ha impactado en su economía, 93,33 dijeron que sí y 6,67 que no, muchos de ellos todavía tienen trabajos informales y han perdido los ingresos del hogar. Otros grupos se cuentan entre los pensionados que reciben sus pensiones de forma permanente si esto No se permite implementar nueva situación, presumiéndose utilizada para cubrir gastos.

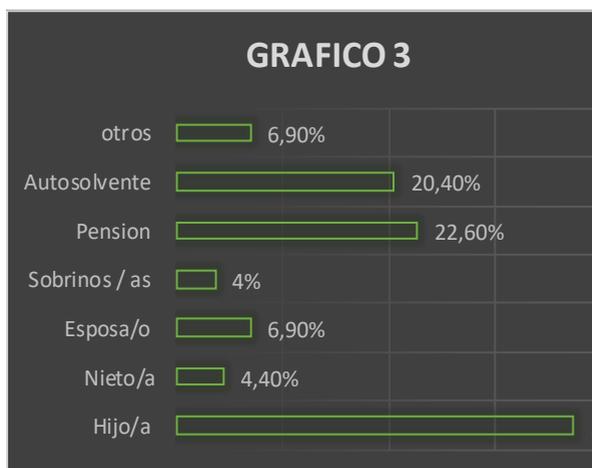


Gráfico 3. Quien solventa los gastos

En el gráfico 4, el 91,9 % de las personas dijo que la comunicación con los miembros de la familia los hacía sentir menos solos y más conectados, pero el 8,1 % dijo que mantener la comunicación con los miembros de la familia no era importante. Esto se refleja en los datos del estado civil, donde algunas personas mayores son solteras o viudas.

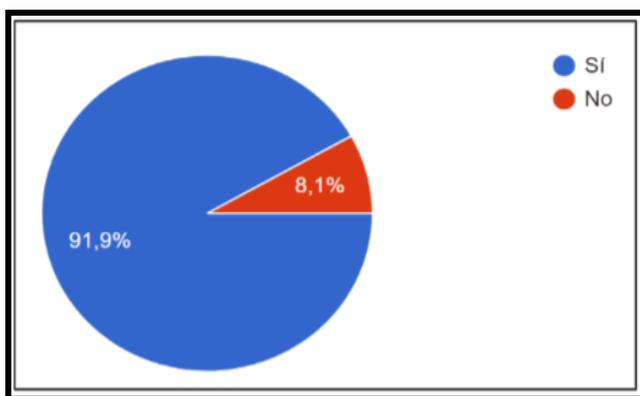
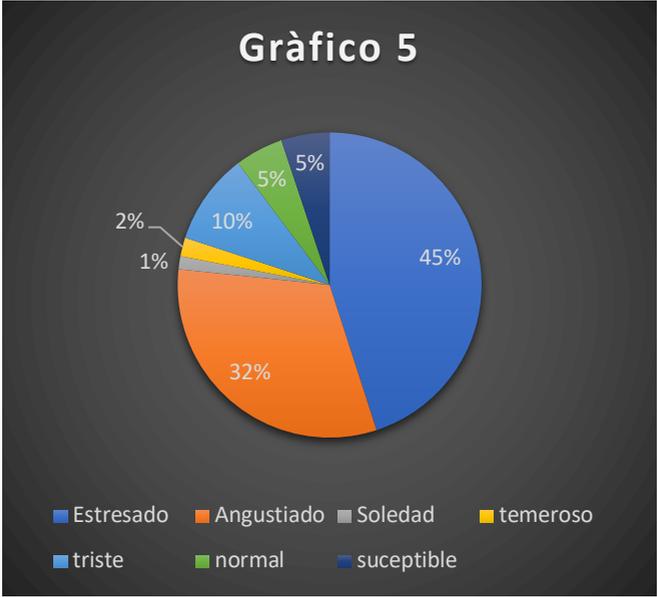


Figura 4. Comunicación entre el Adulto mayor y la familia se sentirá menos solo.

En la Figura 5, podemos ver que las personas mayores reportan estar estresadas con más frecuencia. Si se siente solo con estos estados emocionales altamente fluctuantes en los adultos mayores, debe establecer un programa de apoyo psicoemocional más fuerte.



En cuanto a la soledad, los problemas emocionales, fisiológicos y sedentarios conllevan serias complicaciones con la salud y la calidad de vida (Cepeda Ortiz y Jácome Arboleda, 2020), en el marco de la encuesta de uso revisada, los adul-

tos mayores miedo y ansiedad, 2% tristeza, depresión y ansiedad, 32,5%% pánico y ansiedad, 37,2% preocupación por Covid-19, 44,5% encarcelados como familiares desaparecidos, Problemas económicos representaron 18,6%, lo que confirma la necesidad de atención en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en adultos mayores. Aislamiento social, movilidad limitada y menor contacto con los demás, lo que conduce a muchos trastornos mentales, desesperación, aburrimiento, insomnio, incapacidad para concentrarse, indecisión, irritabilidad, ira, depresión. Es importante señalar una mayor vulnerabilidad a cosas como la ansiedad, la falta de contacto físico con familiares y amigos, o la incapacidad para adoptar hábitos de vida normales, desde distintos síntomas hasta el desarrollo de trastornos mentales.

Además, es importante mencionar que la recesión económica durante la pandemia tuvo un gran impacto durante y antes de la cuarentena, ya que la mayoría de las personas, incluidos los ancianos, no pudieron encontrar trabajo y se vieron obligados a dejar de trabajar. Sin una planificación adecuada, esto genera pérdidas financieras y una profunda sensación de inseguridad en muchas familias. Puede ser un

factor de riesgo para síntomas psicóticos, ira y ansiedad incluso meses después del final de la cuarentena,

Al respecto, según la encuesta, el 93,3% de los adultos mayores encuestados dijo que se vio afectado económicamente durante su detención por el Covid-19, mientras que el 6,7% dijo estar menos preocupado por la economía. Son más vulnerables no sólo por su edad, sino también por sus circunstancias económicas y laborales y enfermedades propias de la edad.

Los efectos del aislamiento y el distanciamiento social varían de una situación a otra y de una persona a otra. En algunos hogares de ancianos, los ancianos pueden salir y tener un control relativamente mejor de su vida diaria, pero en algunos otros hogares de ancianos estas personas tienen un trastorno mental subyacente (no tienen demencia), o enfermedad física. Si bien la falta de picnics al aire libre y actividades grupales reduce el riesgo de infección por SARS-CoV-2, la soledad y la soledad en los hogares de ancianos han aumentado significativamente. Además, restringir las visitas familiares es especialmente costoso para la salud mental de los residentes, especialmente cuando tienen deterioro cognitivo y demencia.

Pacientes psiquiátricos.

La Organización Mundial de la Salud ha advertido que los servicios de salud mental se verán interrumpidos o incluso cerrados debido a la COVID-19 en la mayoría de los 16 países. Esta falta de preocupación es alarmante no solo por la posibilidad de abandono de los servicios de salud mental prestados, sino también porque la epidemia que la acompaña conduce a un aumento en la demanda de servicios médicos.

En materia de salud mental, es difícil satisfacer las necesidades de la población si no es por el rápido y significativo aumento de los servicios de atención. Incertidumbre y temor a que la enfermedad, el encarcelamiento o la falta de ingresos provoquen o exacerben problemas de salud mental. También ocurría abuso de alcohol y drogas, y también eran comunes los problemas de insomnio y ansiedad.

Además, los pacientes con COVID-19 pueden experimentar síntomas de paranoia o angustia, lo que empeora su enfermedad. Los expertos subrayan la necesidad de prestar especial atención a otros colectivos con mayor riesgo de padecer

la enfermedad ya aquellos que puedan necesitar una intervención individual.

Conclusiones

Como el enfrentamiento a la pandemia ha provocado cambios en el estilo de vida, para cumplir con el estricto aislamiento social, los adultos mayores, un grupo vulnerable al covid 19, han tenido que ajustar sus hábitos de familiaridad, para adaptarse mejor a la actual situación. Contribuyamos, pues, a que el día a día de nuestros mayores se convierta en fuente de alegría, felicidad y tranquilidad; Para promover una mejor salud psicológica y contribuir a un envejecimiento más feliz, tenga en cuenta que un estilo de vida monótono y rutinario puede afectar el estado de ánimo depresivo.

Durante este período, los ancianos pueden experimentar muchos trastornos psicológicos, que pueden afectar su salud mental. Estos cambios, a menudo debido a un cambio repentino a la restricción significativa y la interrupción de las actividades diarias, en las que han invertido gran parte de su tiempo y energía. Entre los síntomas psicológicos más comunes a manifestar se encuentran: ansiedad, tristeza,

sentimientos de inutilidad y confusión, así como: miedo, inquietud, inhibición e irritabilidad; así como pensamientos irracionales, creencias y expectativas negativas sobre uno mismo y/o la realidad.

Fomentar su autonomía y respetar sus costumbres y rutinas diarias les ayudará a sentirse útiles y apreciados; Incluso pedirles ayuda con tareas específicas que pueden hacer sin dificultad les hará sentirse bien con la vida y mejorarán su estado de ánimo. En este sentido, hacer saber a nuestros mayores lo importante que son en nuestra vida y en la formación de las identidades familiares.

Hagamos de este lugar de detención un espacio propicio para una vida más feliz y de mejor calidad. Mantener el sentido del humor, ver los cambios como un desafío más que como una amenaza, disfrutar de la compañía de los seres queridos, ayudará a sobrellevar la situación actual y mantenerse mentalmente saludable. Por su parte, mantener condiciones físicas favorables mediante la práctica de ejercicios sencillos ayuda a dormir mejor, reducir el estrés y reducir los estados emocionales depresivos.

Practicar ejercicios mentales como leer, jugar dominó, ajedrez, crucigramas son actividades que estimulan el cerebro y ayudan a despejar la mente de las preocupaciones cotidianas. Nuestro Héroe Nacional, refiriéndose a los ancianos, decía: “No hay nada más hermoso que amar a los ancianos; el respeto es una alegría más dulce.

Los ancianos son nuestros ancestros”. Entonces, tomemos medidas todos los días para promover un envejecimiento más saludable, una mejor psicología y mostrar respeto nuestro amor, y permitirles enfocarse en lo que pueden hacer, crear y sentir una mejor salud emocional.

BIBLIOGRAFIA

- Akinyemi, J. O., Bamgboye, E. A., & Ayeni, O. (2015). Trends in neonatal mortality in Nigeria and effects of bio-demographic and maternal characteristics. *BMC Pediatrics*, *15*(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0349-0>
- Birt, J., Le Doare, K., Kortsalioudaki, C., Lawn, J., Heath, P. T., & Sharland, M. (2016). Lack of evidence for the efficacy of enhanced surveillance compared to other specific interventions to control neonatal healthcare-associated infection outbreaks. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *110*(2), 98–106. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trv116>
- Calderón Cisneros, J., Babici, V. R., Muñiz, A. P., & Ronquillo, E. A. (2022). Defunciones fetales como problema o naturalidad de la madre: Fetal deaths as problem or nature of the mother. *REVISTA CIENTÍFICA ECOCIENCIA*, *9*, 209–221.
- Calderón Cisneros, J. T. (2021). Análisis de datos funcionales (ADF) aplicado a las principales causas de mortalidad en el Ecuador 1997-2021: estudio demográfico. *USAL*.
- Calvillo, M. N. R. (2015). Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”. Comparación de dos periodos bianuales. *Perinatología y Reproducción Humana*, *29*(3), 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.08.001>
- Chitwood, M. C., Lashley, M. A., Kilgo, J. C., Pollock, K. H., Moorman, C. E., & DePerno, C. S. (2015). Do Biological and Bedsite Characteristics Influence Survival of Neonatal White-Tailed Deer? *PLOS ONE*, *10*(3), e0119070. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119070>
- Coo, H., Brownell, M. D., Ruth, C., Flavin, M., Au, W., & Day, A. G. (2017). Interpregnancy Interval and Adverse Perinatal Outcomes: A Record-Linkage Study Using the Manitoba Population Research Data Repository. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *39*(6), 420–433. <https://doi.org/10.1016/J.JOGC.2017.01.010>

- Delgado, J. V., Delgado, J. V., Delgado, J. V., Flores, M. D., Guardado, O. P., & Reyna, V. S. (2015). FACTORES DE RIESGO MATERNO- PERINATALES ASOCIADOS A MUERTE EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA TRATADOS CON SURFACTANTE PULMONAR EXOGENO; EN EL HOSPITAL IV VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY; ESSALUD; TRUJILLO; 2002-2012. *Revista Médica de Trujillo*, 11(2). <http://www.revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/940>
- Do, E. K., Green, T. L., Prom-Wormley, E. C., & Fuemmeler, B. F. (2018). Social determinants of smoke exposure during pregnancy: Findings from waves 1 & 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 312–320. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2018.10.020>
- Gamboa, M. A. C., Bermeo-Paucar, J., Arcos, A. A. V., & Cisneros, J. T. C. (2022). El aprendizaje virtual en la educación pública y su influencia en el rendimiento académico. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informação*, E53, 73–86.
- García, M. I. B., Babici, V. R., & Calderón Cisneros, J. T. (2022). Conocimiento, Actitudes y Prácticas: Riesgos que Inciden al Desarrollo de Diabetes en Adultos Mayores. *ACVENISPROH Académico*.
- Iliadis, S. I., Axfors, C., Johansson, S., Skalkidou, A., & Mulic-Lutvica, A. (2018). Women with prolonged nausea in pregnancy have increased risk for depressive symptoms postpartum OPEN. *Scientific RePORTS* |, 8, 15796. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-33197-1>
- Jeannette Ávila^{1,a}, Mario Tavera^{2,b}, Marco Carrasco³, c. (2015). CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERÚ, 2011-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a03v32n3.pdf>
- López González, E. de la C., Rodríguez Carballo, Y., Castillo Rodríguez, A. A., & Rodríguez Rubio, N. (2015). Caracterización de la mortalidad neonatal en un Servicio de

Neonatología entre 2001 y 2012. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(3), 197–206.

- Marilin, D., Navarro, B., Margarita, D., Cobas, C., Yuleiska, D., Duvergel, C., Marisel, D., Tordera, N., General, H., Juan, D., Zayas, B., Santiago De Cuba, A. ", & Autor, C. *. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales Main risk factors of neonates morbidity and mortality. In *MEDISAN* (Vol. 22, Issue 7). <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
- Mendoza Tascón, L. A., Gómez Giraldo, D., Gómez Giraldo, D., Osorio Ruíz, M. Á., Villamarín Betancourth, E. A., Arias Guatibonza, M. D., Mendoza Tascón, L. A., Gómez Giraldo, D., Gómez Giraldo, D., Osorio Ruíz, M. Á., Villamarín Betancourth, E. A., & Arias Guatibonza, M. D. (2017). Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(4), 424–437. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400424>
- Montero, I. G. A., Calderón Cisneros, J. T., Carranza, J. E. E., & Monge, E. J. A. (2022). Papiloma humano según la percepción de estudiantes universitarios. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(6), 1323–1330.
- Reekie, J., Kaldor, J. M., Mak, D. B., Ward, J., Donovan, B., Hocking, J. S., Preen, D., & Liu, B. (2018). Long-term impact of childhood hepatitis B vaccination programs on prevalence among Aboriginal and non-Aboriginal women giving birth in Western Australia. *Vaccine*, 36(23), 3296–3300. <https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2018.04.057>
- Rengifo, M. M. B., Lucumí, A. M., Palacios, J. D. bolaños, & Arias, S. L. M. (2015). Análisis descriptivo de la mortalidad perinatal y neonatal en un hospital universitario en el año 2013. *Revista Colombiana Salud Libre*, 9(1). <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/13>
- Sánchez, E. M. M., Pastor, E. M., & Pérez, R. V. (2016). La imagen del inmigrante en materiales de Comunicación Institucional

- Intercultural para la Salud. *Miguel Hernández Communication Journal*, 7, 53–85.
- Soares, H., Barbieri-Figueiredo, M., Pereira, S., Silva, M., & Fuertes, M. (2018). Parents attending to nurse visits and birth age contribute to infant development: A study about the determinants of infant development. *Early Human Development*, 122, 15–21. <https://doi.org/10.1016/J.EARLHUMDEV.2018.05.006>
- Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reproductive Health*, 15(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
- Zuna, Nina I; Selig, James P; Summers, Jean Ann; Turnbull, A. P. (2009). Confirmatory Factor Analysis of a Family Quality of Life Scale for Families of Kindergarten Children Without Disabilities - ProQuest. *Journal of Early Intervention*. <https://search.proquest.com/docview/233254160?pq-origsite=gscholar>

Referencias

- Aguilar, I., Feja, C., Compés, M. L., Rabanaque, M. J., Esteban, M., Alcalá, T., & Martos, M. C. (2011). Desigualdades y mortalidad por cirrosis en varones (Zaragoza, 1996-2003). *Gaceta Sanitaria* Volume 25, Issue 2., Pages 139–145.
- Aguirre, K. F., Calvo, M. I. L., & Herrán, J. I. M. (2013). Nuevo procedimiento metodológico para el análisis exploratorio de una tabla estructurada en diversos conjuntos de individuos. . *Estadística española*, 55(182), 305-322.
- Alaba, O., & Chola, L. (2014). Socioeconomic inequalities in adult obesity prevalence in South Africa: a decomposition analysis. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), 3387-3406.
- Álvarez, R., & Kuri, P. (2017). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México: Manual Moderno.
- Arunraj, N., & Jackson, S. (2013). The physiology of ageing. *Medicine in Older Adults*, 41(1), 5-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mpm.2012.10.009>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
- Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. (2018). *Alimentación saludable*. Obtenido de <http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable/>
- Benzécri, J. (1973). *Analyse des Donées* (2 vols.). . París: Dunod. .
- Benzécri, J. P. (1978). *Problème sur la classification*. . Les cahiers

- de l'analyse des données,, 3(1), 95-101.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030). *The lancet oncology*, 13(8), 790-801.
- Breastcancer. (2018). ¿En qué consiste una alimentación saludable? Obtenido de https://www.breastcancer.org/es/consejos/nutricion/alimentacion_saludable
- BuenVivir. (30 de 03 de 2016). [buenvivir.gob.ec](http://www.buenvivir.gob.ec). Recuperado el 1 de 04 de 2016, de [buenvivir.gob.ec](http://www.buenvivir.gob.ec): <http://www.buenvivir.gob.ec/web/guest>
- Caamaño, F., Cresp, M., & Delgado, P. (2015). Efectos terapéuticos del ejercicio con sobrecarga en el perfil lipídico de adultos sedentarios. *Revista Facultad de Medicina*, 63(4), 617-623.
- Carter, R. R., DiFeo, A., Bogie, K., Zhang, G. Q., & Sun, J. . (2014). (2 Crowdsourcing awareness: exploration of the ovarian cancer knowledge gap through Amazon Mechanical Turk. *PloS one.*, 9(1), e85508.
- Cecchini, G., Paganini, G., D'Amico, M., Cannone, M., Bertuletti, C., & Barberis, M. C. . (2009). Cecchini, G., Paganini, G., D'Amico, M., Cannone, M., Bertuletti, C., & Barberis, M. C. (2009). Cervical cancer screening programs in low-income communities. Experiences from Ecuador. Low cost detection of HPV infection in a developing country. *Pathologic*, 101(2), 76-79.
- Cedeño, R. (2018). Hipertensión arterial relacionado con dislipidemias y tabaquismo en pacientes de 40 a 60 años. (Tesis de Grado). Repositorio de la Universidad de Guayaquil.
- Chiqui, R., Marcan, C., Lojano, J., Pogo, E., Rojas, J., Bermudez, V., . . . Añez, R. (2014). Prevalencia de dislipidemia y factores asociados en la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico*, 4(2), 1-13.
- Cifuentes, R. (2018). Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires: Noveduc.
- Clínic Barcelona. (2018). ¿Qué es la Hipercolesterolemia?

- Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hipercolesterolemia/definicion>
- Coburn, J., & Malek, M. (2017). Manual NSCA: Fundamentos del entrenamiento personal. España: Paidotribo.
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2020). Personas adultas mayores, situación y derechos. Obtenido de <https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008.). Constitución de la República del Ecuador,. Quito.
- Constitución del Ecuador. (2008).
- Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. (2014).
- Cortés, V., Vásquez, T., Arteaga, A., Nervi, F., & Rogotti. (2012). Rememorando la contribución de Goldstein y Brown al estudio del metabolismo del colesterol: a un cuarto de siglo del Premio Nobel de Medicina. Revista médica de Chile, 1053-1059.
- De Irala, J., Martínez, M., & Seguí, M. (2008). Epidemiología aplicada. España: Editorial Ariel.
- De Luna Ortega, C A; Martínez Romo, J C; Luna Rosas, F J; Medina Veloz, G; López Rivas, V; . (2015). Detección Automatizada de Cáncer de Mama Basada en Espectroscopía Raman y el Clasificador de Mahalanobis. Conciencia Tecnológica, 9-26.
- Declaración de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. (2007).
- Demey, J. R., Vicente-Villardón, J. L., Galindo-Villardón, M. P., & Zambrano, A. Y. . (2008). Identifying molecular markers associated with classification of genotypes by External Logistic Biplots. Bioinformatics, 2832-2838.
- Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W. . (24 de 03 de 2016). InfoStat versión 2016. . Obtenido de Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina: <http://www.infostat.com.ar>
- Domínguez, L. P., Martínez, M. T. G., Alvarado, N. C., Novella, Á.

- T., Grosso, A. P. H., & Núñez, J. E. C. (2014). Morbilidad y mortalidad de la ileostomía derivativa temporal en la cirugía por cáncer de recto. *Cirugía Española*, 92(9), 604-608.
- Donoso, E., & Cuello, M. . (2006). Mortalidad por cáncer en la mujer chilena: análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. . *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, , 71(1), 10-16.
- eFisioterapia. (2 de septiembre de 2014). eFisioterapia. Recuperado el 20 de noviembre de 2022, de Tratamiento del Esguince de tobillo: <https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-esguince-tobillo>
- El Telégrafo. (2016). OPS/OMS revela resultados de primera encuesta STEP aplicada en Ecuador. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/ops-oms-revela-resultados-de-primer-encuesta-step-aplicada-en-ecuador>
- Encalada, L., Arias, A., Yupa, M., Paute, P., & Wong, S. (2019). Dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la sierra ecuatoriana. *Revista Medica Ateneo*, 21(1), 13-30.
- Equipo de expertos Cocinova. (2016). *Cocina baja en colesterol rica y sabrosa*. México: Editorial De Vecchi.
- Escofier, B. E. (1990). *Análisis factoriales simples y múltiples: objetivos, métodos e interpretación*. . Servicio Editorial Universidad del País Vasco,.
- Escoufier, Y. (1980). L'analyse conjointe de plusieurs matrices de données. In: Jolivet M, ed. *Biométrie et Temps*. . Paris:: Société Francaise de Biométrie, 59–76.
- Fundación Navarro Viola. (2018). La actividad física en las personas mayores. Guía para promover un envejecimiento activo. Obtenido de <https://www.fnv.org.ar/wp-content/uploads/2018/06/Actividad-f%C3%ADsica-en-pm-FNV-FIC.pdf>
- García, A., Carbonell, A., & Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576.

- García, I., Castillo, S., Mozas, P., Tejedor, D., Reyes, G., Artieda, M., . . . Civeira, F. (2003). Diferencias en la presentación clínica en sujetos con fenotipo de hipercolesterolemia familiar por defectos en el receptor LDL y por defectos de la apo B-100. *Revista Española de Radiología*, 56(8), 769-774.
- Gil, M., Gamboa, O., & Orjuela, M. E. (2015). Occupational history documented in the medical records of patients diagnosed with lung cancer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 156-165.
- Globocan. (30 de 10 de 2012). [summary_table_site_sel.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx). Recuperado el 1 de 04 de 2016, de http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx
- Gómez, G., & Tarquí, C. (2017). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. *Revista Duazary*, 14(2), 141-148.
- González, D. L. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 2006, 22, artículo 32. Obtenido de https://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- González, F. Á. (1999). Algunas aportaciones al Análisis de Datos, utilizando técnicas de representación Multivariante . (Doctoral dissertation, Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências, Departamento de Matemática, Universidade de Cádiz).
- González, F., Escoto, M., & Chávez, J. (2017). *Estadística en psicología y ciencias de la salud*. México: Manual Moderno.
- González, L. L., Costa, I. R., & Cibrián, A. P. (2017). Dialnet. Recuperado el 20 de noviembre de 2022, de [ncidencia de lesiones deportivas en jugadores y jugadoras de baloncesto amateur: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123838](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123838)
- Guarda, E., Fajuri, A., & Paredes, A. (2016). *Fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares*. Chile: Ediciones UC.
- Hernández, A., Ramos, M., Placencia, B., Indacochea, B., Quimis, A., & Moreno, L. (2018). *Metodología de la investigación*

- científica. España: Área de innovación y desarrollo.
- Hospital Alemán. (2019). ¿Cómo combatir el sedentarismo? Obtenido de <https://www.hospitalaleman.org.ar/hombres/como-combatir-el-sedentarismo/>
- Hurtig, A. K., & San Sebastián, M. . (2002). Geographical differences in cancer incidence in the Amazon basin of Ecuador in relation to residence near oil fields. . *International Journal of Epidemiology*, 31(5), 1021-1027.
- IARC. (2014). Informe mundial sobre el cáncer 2014, . IARC.
- IARC-OMS. (31 de Marzo de 2016). IARC. Obtenido de <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>
- INEC. (2010). Instituto Nacional de Estadística y Censos, Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. . Quito: INEC.
- INEC. (2014). Base de datos de defunciones 2014. Quito: INEC.
- INEC. (31 de Marzo de 2016). Censo 2010. Obtenido de Ecuador en Cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos vivos y defunciones. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
- Jones, I. R., Papacosta, O., Whincup, P. H., Goya Wannamethee, S., & Morris, R. W. . (2011). Class and lifestyle 'lock-in' among middle-aged and older men: a Multiple Correspondence Analysis of the British Regional Heart Study. . *Sociology of health & illness*, 33(3), 399-419.
- Lajusticia, A. (2010). Colesterol, triglicéridos y su control. Madrid: Edaf.
- Lebart, L.; Morineau, A.; y Warwick, K. M. . (1984). *Multivariate*

- Descriptive Statistical Analysis: Correspondence Analysis and Related Techniques for Large Matrices. . Nueva York: John Wiley & Sons, Inc. , 198 p.
- Ledesma, R. (2008). SOFTWARE DE ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES: UNA REVISIÓN COMPARATIVA. Metodología de Encuestas Volumen 10, 59-75 .
- Ley Orgánica de Salud. (2008). Ecuador.
- López-Roldán, P. &. (2013). Análisis de correspondencias. . Diapositivas. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Madrid Salud. (2018). Sedentarismo y Salud. Obtenido de <http://madridsalud.es/sedentarismo-y-salud/>
- Mardi, K.V.; Kent,J.T.; Bibby,J.M. (1982). Multivariate analysis. Londres. Ed. Academic Press., 521 pp.
- Martínez, J. C. (2016). Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. Biomédica, 36(4).
- Martínez, P., & Guzmán, L. (2013). El valor de la estadística para la Salud Pública. Salus, 4-11.
- Masson, W. (2010). Riesgo cardiovascular global. Perfil lipídico convencional versus apolipoproteínas. ¿Qué medir? Prosac, 5(1), 73-89.
- Meseguer, M., Guillamón, A., García, E., Rodríguez, P., Pérez, J., López, P., . . . Tárraga, M. (2018). Influencia de un programa de ejercicio físico terapéutico en diferentes indicadores clínicos relacionados con la dislipidemia en sujetos adultos de 26 a 73 años con algún factor de riesgo cardiovascular. Hipertensión y Riesgo Vascular, 1-7.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Guía de Actividad Física dirigida al personal de salud II.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Ministerio de Salud: prevención y autocuidado son claves para controlar la diabetes. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-prevencion-y-autocuidado-son-claves-para-controlar-la-diabetes/>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Plan Intersectorial de

- Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025. Obtenido de <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH01fd.dir/doc.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Preguntas y respuestas sobre la actividad física. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=627-preguntas-y-respuestas-sobre-actividad-fisica&category_slug=educomunicacional-koica&Itemid=599
- Ministerio del Deporte. (2012). El deporte en cifras. Obtenido de http://aplicativos.deporte.gob.ec/Observatorio/images/Deporte%20en%20Cifras/DEPORTE_EN_CIFRAS%202012.pdf
- Minsalud Colombia. (2020). Envejecimiento y Vejez. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Moolgavkar, Suresh H.; Chang, Ellen T.; Watson, Heather; et ál. (2014). Cancer mortality and quantitative oil production in the Amazon region of Ecuador, 1990–2010. *Cancer Causes & Control*, 25(1), 59-72.
- Morales, A., Marcella, G., Yarce, E., Paredes, Y., Rosero, M., & Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colombiana*, 41(1), 21-28.
- Natal, C. (2016). Variaciones en el proceso de confirmación diagnóstica entre unidades de cribado poblacional de cáncer de mama. *Gaceta Sanitaria*.
- Nenadic, O., Greenacre, M. . (2016). Correspondence Analysis in R, with two- and three-dimensional graphics: The ca package. . *Journal of Statistical Software* , 20(3):1-13.
- Ocón, M. I., Trallero, J., Tabuenca, A., & Gimeno, A. (2017). Factores predictores de hipertrigliceridemia en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral total. *Nutrición Hospitalaria*, 505-511.
- OMS. (2014). Determinantes de Inequidades en Salud, O.P.S., O.M.S. Salud en las Américas.
- OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de

- http://www.who.int/cancer/iccd_2016/en/#
- Organización Mundial de la Salud. (2011). El colesterol alto, un problema mal controlado. Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/cholesterol_20110201/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La obesidad infantil es tema central en asamblea de OMS. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1234:mayo-21-2014&Itemid=972
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Qué es la diabetes. Obtenido de https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
- Organización Mundial de la Salud. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Factores de riesgo. Obtenido de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Obtenido de https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
- Pacheco-Ojeda, L., De La Torre, M., Guerrón, M., & Letort, M. (1997). Cancer of the larynx in Ecuador. *Acta otorrinolaringologica española*, 48(3), 215-219.
- PAHO. (2012). Salud en las Américas, Edición de 2012. Edición de 2012.
- PAHO. (2016). Health system profile. Ecuador. Monitoring and analysis of the change and reform processes. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Palacio, M., Núñez, T., Pacheco, M., Capelo, C., Barahona, M., Llumiquinga, V., . . . Rojas, R. (2017). Prevalencia de dislipidemia y factores asociados en individuos adultos. Hospital básico de Paute, provincia de Azuay-Ecuador.

- Síndrome Cardiometabólico y enfermedades crónica degenerativas, 7(1), 62-66.
- Palencia, A. (2015). Punto de corte de la cotinina urinaria y cotinina/creatinina en niños. *Avances en Biomedicina*.
- Peña, S., Arévalo, C., Vanegas, P., & Torres, C. (2017). Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en los adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, 2015-2016. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(4), 101-105.
- Pilamala, J. (2015). Actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al club de diabéticos del Hospital Básico Píllaro. (Tesis de Grado). Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato.
- Plan del Buen Vivir. (30 de 03 de 2016). planificacion.gob.ec. Recuperado el 1 de 04 de 2016, de [planificacion.gob.ec/resena-historica/](http://www.planificacion.gob.ec/resena-historica/): <http://www.planificacion.gob.ec/resena-historica/>
- Plan Nacional De Desarrollo Toda Una Vida. (2017). Obtenido de Plan Nacional De Desarrollo Toda Una Vida 2017 - 2021: [file:///C:/Users/Jhilveria%20Torres/Downloads/Document s/EcuadorPlanNacionalTodaUnaVida20172021.pdf](file:///C:/Users/Jhilveria%20Torres/Downloads/Document%20s/EcuadorPlanNacionalTodaUnaVida20172021.pdf)
- Pramparo, P., Boissonnet, C., & Schargrotsky. (2011). Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Revista Argentina de Cardiología*, 79(4), 377-382.
- Presidencia del Ecuador. (1 de 04 de 2016). [presidencia.gob.ec](http://www.presidencia.gob.ec). Recuperado el 27 de 03 de 2016, de <http://www.presidencia.gob.ec/>
- Puga, J. (2018). La nueva pirámide de la alimentación, escalón por escalón. Obtenido de [https://www.elcomercio.es/gastronomia/noticias/piramid e-alimentacion-nueva-ejercicio-20181123200409-nt.html](https://www.elcomercio.es/gastronomia/noticias/piramid-e-alimentacion-nueva-ejercicio-20181123200409-nt.html)
- Quaglino, M. B., & Pagura, J. A. . (1998). Una propuesta para algunas aplicaciones de análisis de correspondencias múltiples. Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, Instituto de Investigaciones .

- Quintanar, L., Rodríguez, L., Cavazos, M., & Valente, B. (2016). Manual del Médico Interno de Pregrado. México: Intersistemas.
- Quintero, M., Figueroa, N., García, F., & Suárez, M. (2017). Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerokomos*, 28(1), 9-14.
- Registro de Tumores-SOLCA Matriz Guayaquil. (31 de Marzo de 2016). Registro de Tumores SOLCA Matriz. Obtenido de <http://www.estadisticas.med.ec>
- Restrepo LF, Rodríguez H. (2014). Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980 - 2010. *Rev Univ. salud.*, 16(2):177 - 187.
- Rodrigues, S., Paulos, K., Pereira, E., Oliveira, A. F. G. D. F., & Teixeira, A. (2011). Análisis sensorial de carne seca y salada de ovinos y caprinos. . XIV Jornada sobre Producción Animal, , 715-717.
- Rosendo, V. (2018). Investigación de mercados. Madrid: Esic.
- San Sebastian, M., Armstrong, B., Cordoba, J. A., & Stephens, C. A. R. O. L. Y. N. (2001). Exposures and cancer incidence near oil fields in the Amazon basin of Ecuador. *Occupational and environmental medicine*, 58(8), 517-522.
- Sánchez, M. (2018). La obesidad. México: Dirección General de divulgación de la ciencia.
- Sánchez, M., García, E., & Naupari, M. (2014). Educación alimentaria y nutricional. Obtenido de <http://www.une.edu.pe/vice-investigacion/documentos/publicaciones/libros/Educaci%C3%B3n%20Alimentaria.pdf>
- Sansó Soberats, F. J., Alonso Galbán, P., & Torres Vidal, R. M. (2010). Mortalidad por cáncer en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 78-94.
- Saturno, G. (2017). *Cardiología*. México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud de México. (2017). Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. Obtenido de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (05 de 01 de 2013). objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir. Recuperado el 12 de 05 de 2016, de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-201. Obtenido de https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_oK.compressed1.pdf
- Sistema de Soberanía Alimentaria y Nutricional. (2010). Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria. Obtenido de <https://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/pacha/wp-content/uploads/2011/04/LORSA.pdf>
- Soca, P., Sarmiento, Y., Mariño, A., Llorente, Y., Rodríguez, T., & Peña, M. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(3), 155-167.
- Sociedad Americana del Cáncer. (2014). EL ATLAS DEL CANCER. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana del Cáncer.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2012). Obtenido de <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/GU%C3%8DA%20DE%20EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PARA%20MAYO RES.pdf>
- Sociedad Española de Nutrición Parental y Enteral. (2016). Nutrición Alimentaria. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/312542424_Guias_alimentarias_para_la_poblacion_espanola_SENC_2016_la_nueva_piramide_de_la_alimentacion_saludable
- Sociedad Española Nutrición Comunitaria. (2018). Guia de Alimentacion Saludable para Atención Primaria y colectivos ciudadanos. Obtenido de <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap>
- Souza, M. C. D., Vasconcelos, A. G. G., Rebelo, Rebelo, P. A. D. P.,

- & Cruz. . (2014). Profile of patients with lung cancer assisted at the National Cancer Institute, according to their smoking status, from 2000 to 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(1), 175-188.
- Tapia, R. (2016). *El Manual de Salud Pública*. México: Intersistemas.
- Tenenhaus, M. y Young, F. . (1985). An analysis and synthesis of Multiple Correspondence Analysis, Optimal Scaling, Dual Scaling, Homogeneity Analysis and other methods for quantifying categorical data. *Psychometrika*, 50, 91-119. .
- TheGlobeconomy. (1 de 4 de 2016). theglobeconomy. Recuperado el 30 de 3 de 2016, de http://es.theglobeconomy.com/Ecuador/Death_rate/
- Valenzuela, A., & Morgado, N. (2006). Breve historia de la relación entre el colesterol y las enfermedades cardiovasculares. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 130-134.
- Varon, M. J. (2011). Aplicación de técnicas estadísticas multivariadas en perfilación y segmentación. *Universitas Scientiarum*, 16(3), 254-262.
- Vélez, C., & Vidarte, J. (2016). Efecto de un programa de entrenamiento físico sobre condición física saludable en hipertensos. *Revista Brasileña de Geriatria Gerontol*, 19(2), 277-288.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, y. M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *ESSAY • Cad. Saúde Pública* 35 (1) 10 Ene 2019-Scielo Salud Pública. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n1/e00120818/>
- Vidal C, Hoffmeister L, Biagini L. . (2013). Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile: aplicación de modelos de regresión joinpoint. *Rev Panam Salud Publica.*, 33(6):407-13.
- Villa, M., Navarro, M., & Villaseñor, T. (2017). *Neuropsicología*. México: Manual Moderno.

- Wang, C., Wen, M., Bai, L., & Zhang, T. (2016). Auto-classification for confocal back-scattering micro-spectrum at single-cell scale using principal component analysis. *Optik-International Journal for Light and Electron Optics*, 127(3), 1007-1010.
- Zárate, A., Apolinar, L., Basurto, L., De la Chesnaye, E., & Saldívar, I. (2016). Colesterol y aterosclerosis. Consideraciones históricas y tratamiento. *Archivos de Cardiología de México*, 86(2), 163-169.
- Zarza, C. (2015). *Métodos y pensamiento crítico*. México: Editorial Patria.
- Zeileis, A., Kleiber, C., & Jackman, S. (2008). Regression Models for Count Data in R. *Journal of Statistical Software*, 1-25.
- Zucca, M., Ugalde, J., Arteaga, F., Biggio, G., Flore, V., Nonne, T. & Ennas, M. G. . (2013). Leukemia in children and youths of the Azuay province, Ecuador: 2000–2010. . *International journal of environmental health research*, 23(1), 58-65.

Dra. Vilma Raffo Babici, Mgtr.

SUB DECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA
SALUD Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD ECOTEC

Mgtr. Juan T. Calderon Cisneros, PhD.

INVESTIGADOR – SENESCYT-REG-INV:18-02756
COORDINADOR DE LA RED ACADÉMICA
"HERRAMIENTAS DE ESTADÍSTICA
MULTIVARIANTE PARA EL ANÁLISIS DE BIG DATA". SENESCYT-2018-040-RED –18-0011.
DOCENTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SA-LUD
Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD ECOTEC

Lic. Maria Delfina Montufar Sandovalin, Mgtr.

DOCENTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SA-LUD
Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD ECOTEC



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com