



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL
PERÍODO 2016”**

Presentado por:

Maria Isabel Nuñez Casiano

Rosa Maria Casiano Celestino

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Especialista en Salud Pública con Mención en Salud Familiar y
Comunitaria

Docente asesor:

Dra. Juana Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

DEDICATORIA

A nuestros padres y familia con todo el corazón.

ÍNDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	01
II.	PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	022
V.	MÉTODOS O PROCEDIMIENTO	28
VI.	RESULTADOS.....	29
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
	a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	
	b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
	c) JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	
	d) HIPÓTESIS	
	e) VARIABLES	
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
	a) OBJETIVOS GENERAL	
	b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
IV.	MARCO TEÓRICO.....	07
	a) CONCLUSIONES	
	b) RECOMENDACIONES	

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

La política nacional de alimentación y nutrición de 1999, aunque orienta los esfuerzos hacia una agenda integral de nutrición, deja clara la necesidad de promover dietas saludables y estilos de vida activos. De acuerdo con las recomendaciones de la Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud, esta política reconoce la naturaleza compleja de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) relacionadas con la nutrición, y define un conjunto de acciones dentro de la salud y otros sectores para asegurar ambientes que favorezcan dietas saludables y estilos de vida activos para todos.

El gobierno ha realizado avances recientes en esta dirección. En varias ciudades se implementaron programas que ofrecen clases gratuitas de actividad física supervisadas por profesionales y se han evaluado. En 2016, se promulgó una legislación nacional que requería que al menos el 30% del presupuesto del programa nacional de almuerzos escolares se gastara en alimentos frescos de la producción agrícola local y las granjas familiares. En 2017, la agencia nacional de vigilancia promulgó una resolución que regula la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal o grasas no saludables.

Sin embargo, el rápido y continuo aumento de la obesidad, la hipertensión y la diabetes muestra la insuficiencia de las estrategias actuales y plantea el desafío de implementar pasos adicionales según lo recomendado por la Estrategia Global. Estos pasos incluyen los fiscales que aumentan el acceso de la población a alimentos saludables como frutas y verduras y que desalientan el consumo de alimentos altamente procesados, así como intervenciones que orientan el diseño urbano con el objetivo de promover la actividad física regular. Se necesitan especialmente acciones adicionales para reducir el contenido de sodio de los alimentos.

Se tomaron medidas importantes en el control del consumo excesivo de alcohol, que culminaron en 2017 con la política nacional de alcohol. Esta

política incluye acciones educativas, regulaciones de publicidad y venta, aplicación de la ley para conducir bajo los efectos del alcohol y brindar atención a las personas con problemas relacionados con el alcohol.

Sin embargo, la implementación de esta política ha variado en todo Brasil y el cabildeo de la industria ha ejercido una presión negativa, por ejemplo, para mantener los anuncios de cerveza junto con los principales eventos deportivos y culturales. Los recientes aumentos en el consumo excesivo de alcohol reportado por los propios individuos y el mayor aumento en la mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso indebido del alcohol, presagian futuros aumentos en la carga de enfermedades relacionadas con el alcohol y destacan una brecha que merece mayor atención.

Las acciones de salud pública más efectivas suelen ser las que se dirigen a poblaciones, a menudo leyes o reglamentos. Las acciones de educación para la salud dirigidas a los individuos, en ausencia de tales acciones ascendentes concomitantes, tienen una efectividad limitada para alterar el comportamiento, y su tamaño de efecto es a menudo pequeño en relación con la comercialización masiva de productos no saludables por parte de la industria. La responsabilidad individual de un estilo de vida saludable debe verse limitada por el entorno social, especialmente en presencia de un marketing tan indeseable. Un papel importante del gobierno es restringir las acciones inapropiadas de la industria y enmarcar el medio ambiente de manera que sea más fácil tomar decisiones saludables.

El éxito de Perú en las acciones legislativas y regulatorias, incluidas las fiscales, para el control del tabaco debe orientar el desafío actual de implementar acciones adicionales relacionadas con una dieta saludable y actividad física. Las recomendaciones internacionales relacionadas con el control de los factores de riesgo y las recomendaciones recientes de acciones públicas para prevenir las enfermedades cardiovasculares del Instituto Nacional para la Salud.

I. INTRODUCCIÓN

Muchos cambios profundos comenzaron con la formación en 1970, y uno de los más sorprendentes fue una rápida mejora en la prevención y el control de enfermedades que condujo a un marcado aumento de la longevidad. La transición epidemiológica, que ocurrió antes y a un ritmo más lento en muchas naciones occidentales, se comprimió en solo unas pocas décadas en Perú, ya que la causa predominante de mortalidad pasó de las enfermedades infecciosas y las afecciones perinatales a las enfermedades y lesiones crónicas. Este cambio en las causas que contribuyen a la mortalidad se logró mediante intervenciones de salud como una mayor cobertura de vacunación, mejor higiene, saneamiento y calidad del agua; mejor acceso a la atención médica; y niveles de vida y sociales avanzados, como educación universal, ingresos más altos y mejor nutrición y vivienda. La estructura por edades de la población también está cambiando debido a la disminución de la fertilidad y la mortalidad, lo que aumenta la proporción de personas mayores.¹

En décadas más recientes, el impulso de la transición epidemiológica de Perú ha continuado sin cesar. Muchos de los factores de riesgo conocidos de las enfermedades crónicas han aumentado drásticamente a medida que avanza el cambio social. Estos elementos de comportamiento incluyen cambios en la dieta, niveles de actividad física, consumo de tabaco y uso del automóvil. Estos mismos cambios de comportamiento se han observado en muchos países desarrollados durante los últimos 50 años, pero se han acelerado a un ritmo y escala sin precedentes en Perú, acompañando el rápido crecimiento de la economía nacional durante los últimos 30 años.¹⁻³

Describiremos los patrones cambiantes de mortalidad en el Perú, centrándonos en datos recientes sobre la prevalencia de factores de riesgo conductuales clave. El efecto probable de estos cambios de comportamiento en la salud del pueblo peruano exacerbará los enormes desafíos que presentarán las enfermedades crónicas a los esfuerzos por reformar el sistema de salud de la nación.³

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Estimaciones recientes demuestran que casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de ingresos bajos y medianos y aproximadamente tres cuartas partes de las muertes relacionadas con ENT ocurren después de los 60 años. Los factores de riesgo del comportamiento como el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, la actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol son factores conocidos y modificables de una serie de ENT y mediadores de la salud. Además, con más de la mitad de la población mundial en áreas urbanas, los factores de riesgo asociados con la urbanización como la dieta, la obesidad, la hipertensión y la disminución de la actividad física tendrán impactos significativos en la salud de la población.⁴⁻⁷

Los datos de actividad autoinformados documentan un patrón de mayor inactividad con el avance de la edad.

Independientemente o en combinación, estos factores de riesgo presentan una oportunidad para que las intervenciones reduzcan las cargas de salud futuras en las poblaciones que envejecen.⁷

b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016?

c) JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Así como la mayoría de países sudamericanos pudieron controlar las enfermedades infecciosas en menos tiempo que otros continentes, hoy tiene la oportunidad de reducir el tiempo durante el cual las enfermedades crónicas cobran un alto costo sanitario y económico en el país. El éxito temprano y sustancial de Perú en el control de las enfermedades infecciosas se logró mediante estrategias de prevención; la prevención también será una estrategia urgente que se puede implementar tanto dentro de la estructura de salud pública de Perú como por los profesionales de la atención clínica. La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una tarea amplia y compleja, pero no más que muchos de los desafíos que ha enfrentado Perú en su larga historia, y especialmente en sus últimos 50 años. Perú puede aprovechar sus éxitos en materia de salud, economía, educación y desarrollo y abordar el desafío de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.⁸⁻¹⁰

d) HIPÓTESIS

Hipótesis General

Existe un impacto significativo en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Hipótesis Especificas

- Existirá la prevalencia de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Existirá la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Existirá la prevalencia de Asma en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Existirá la prevalencia de obesidad en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

e) VARIABLES

- **Prevalencia de las Enfermedades no transmisibles:** Cantidad de pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica.
Dimensión: HTA, DM, Obesidad, otros
Indicadores: Registro de las Historias Clínicas.
Escala: Nominal
- **Género:** Características físicas que definen tanto los varones como mujeres.

Indicadores: Registro de las Historias Clínicas.

Escala: Nominal

- **Grupo etario:** Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento del paciente.

Indicadores: Registro de las Historias Clínicas

Escala: Ordinal

Operalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA	CATEGORIA
GÉNERO	Características físicas que definen tanto los varones como mujeres.	Registro de las Historias Clínicas.	Nominal	Mujer Hombre
GRUPO ETARIO	Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento del paciente.	Registro de las Historias Clínicas.	Ordinal	25 – 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años 50 años a más

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	CATEGORIA
Prevalencia de las Enfermedades no transmisibles	Cantidad de pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica	DIABETES MELLITUS	Registro de las Historias Clínicas.	Nominal	Si No
		HIPERTENSION ARTERIAL	Registro de las Historias Clínicas.	Nominal	Si No
		ASMA	Registro de las Historias Clínicas.	Nominal	Si No
		OBESIDAD	Registro de las Historias Clínicas.	Nominal	Si No

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a) OBJETIVOS GENERAL

Determinar el impacto en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Determinar la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Especificar la prevalencia de Asma en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
- Desarrollar la prevalencia de obesidad en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

IV. MARCO TEÓRICO

Enfermedades no transmisibles clave y sus factores de riesgo compartidos.

El plan de acción de la OMS 2015-2018 para las ENT se centra en cuatro ENT (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas) y sus cuatro factores de riesgo compartidos (consumo de tabaco, inactividad física, dietas

poco saludables y consumo nocivo de alcohol). Estas cuatro ENT representaron el 58% de todas las muertes en Brasil en 2007 y son, junto con los trastornos neuropsiquiátricos, las principales causas de carga de morbilidad.¹¹⁻¹²

Enfermedades cardiovasculares

La hipertensión, además de ser una enfermedad tratable, es un hito importante clínicamente medible a lo largo de la vía causal de la enfermedad cardiovascular sintomática. Los datos representativos a nivel nacional obtenidos en 2014 a partir de casi 400 000 entrevistas, 37 estiman que el 24 · 0% (IC 95% 23 · 7–24 · 4) de las mujeres y el 17 · 3% (17 · 0–17 · 6) de los hombres, de 20 años o más, y aproximadamente la mitad de los hombres y más de la mitad de las mujeres de 60 años o más, reportaron un diagnóstico previo de hipertensión.¹³ Una encuesta de validación sugiere que el autoinforme probablemente sobreestima la hipertensión en aproximadamente un 10% en comparación con el diagnóstico clínico. La prevalencia autoinformada reciente ha aumentado aproximadamente un 0,5% por año. Además, el control de la hipertensión (<140/90 mm Hg) es deficiente, oscilando entre el 20% y el 39% en dos encuestas de hogares recientes. Se informó hipercolesterolemia (colesterol > 5 · 18 mmol / L), otro factor de riesgo clínicamente medible, en el 22% de los adultos y en un tercio de los de 45 años o más en una muestra de 2015 representativa de adultos que viven en ciudades con 100 000 habitantes o más.¹⁴

Las enfermedades cardiovasculares han sido y siguen siendo, a pesar de su declive, la principal causa de muerte en Perú. La disminución de las enfermedades cardiovasculares es mayor en las enfermedades cerebrovasculares (34%) y en la categoría de otras formas de enfermedad cardíaca (44%). La mortalidad por

cardiopatía isquémica se redujo en un 26%. La mortalidad por cardiopatía hipertensiva, por el contrario, aumentó un 11%, llegando al 13% del total de muertes atribuibles a la enfermedad cardiovascular en 2007, en comparación con el 30% de la cardiopatía isquémica y el 32% de la enfermedad cerebrovascular. Por el contrario, la fiebre reumática y sus complicaciones representaron menos del 1% de las muertes en 2015.¹⁵⁻¹⁷

A pesar de estos descensos, la mortalidad cardiovascular brasileña sigue siendo alta. Según datos de la OMS uniformemente estandarizados, la mortalidad de Perú en 2014 atribuible a enfermedades cardiovasculares, 286 por 100 000 habitantes, solo es superada entre los países sudamericanos notificados por Guyana y Surinam. Tasas similares fueron 207 por 100 000 para Argentina, 209 por 100 000 para Venezuela y 160 por 100 000 para Chile. La tasa de Perú fue más alta que la notificada para la mayoría de los países de América del Norte y Europa (por ejemplo, 179 por 100 000 para los EE.UU., 175 por 100 000 para el Reino Unido y 200 por 100 000 para Portugal).¹⁸

La carga de la mortalidad, especialmente las muertes prematuras atribuibles a enfermedades cardiovasculares, afecta de manera desproporcionada a las personas pobres. Por ejemplo, en los departamentos de la Costa, las muertes prematuras atribuibles a enfermedades cardiovasculares, definidas como las de personas de 45 a 64 años, fueron 163% más altas en los barrios clasificados como en el peor cuartil socioeconómico que en los clasificados en el mejor.¹⁹

Las enfermedades cardiovasculares generan el mayor costo de ingreso hospitalario dentro del sistema nacional de salud. En 2014, el 12,7% de todos los ingresos hospitalarios no

relacionados con el embarazo y el 27,4% de los de personas de 60 años o más se debieron a enfermedades cardiovasculares. Destaca la carga de la insuficiencia cardíaca congestiva: en personas mayores de 60 años, es la causa más común de ingreso hospitalario, y en personas mayores de 80 años, causa el 27% de los ingresos hospitalarios en mujeres y el 33% en hombres.²⁰⁻²²

Diabetes²³⁻²⁵

A finales de la década de 1980, la prevalencia de diabetes en personas de 30 a 69 años que residían en grandes áreas metropolitanas era del 7,6% (estimada a partir de las pruebas de tolerancia oral a la glucosa y el autoinforme); la prevalencia de diabetes auto notificada es del 4,1%. Datos más recientes, grandes y representativos a nivel nacional de 20 años o más muestran un aumento en la diabetes autoinformada, de 3 · 3% (IC 95% 3 · 1–3 · 5) en 1998 a 5 · 3% (5 · 2–5 · 4) en 2008. La epidemia actual de obesidad y un mayor acceso a las pruebas de diagnóstico explican gran parte de este aumento.

La diabetes como causa subyacente de muerte aumentó un 11% entre 1996 y 2000 y luego disminuyó un 8% hasta 2007. Cuando se define como cualquier mención en el certificado de defunción, la mortalidad asociada a la diabetes aumentó un 8% entre 2014 y 2017. Aunque la prevalencia creciente de diabetes probablemente explica esta mayor mortalidad, también podría estar involucrada una combinación de diagnóstico mejorado y cambios en las prácticas de notificación. La carga de la diabetes también se puede medir por el hecho de que el 7,4% de todos los ingresos hospitalarios no relacionados con el embarazo y el 9,3% de todos los costos hospitalarios en el período 2014-2018 podrían atribuirse a la diabetes.

En 2012 se inició un registro nacional de diabetes e hipertensión. La carga asociada a la enfermedad está documentada en los datos de los más de 1,6 millones de casos de diabetes registrados: 4,3% de los registrados tenían pie diabético trastorno y 2 · 2% una amputación previa, 7 · 8% tenía enfermedad renal, 7 · 8% tenía un infarto de miocardio previo y 8 · 0% había tenido un accidente cerebrovascular previo. La vinculación de estos datos con el registro de mortalidad muestra la carga de mortalidad atribuible a la diabetes: la mortalidad estandarizada por edad y género en personas con diabetes fue un 57% mayor que la de la población general. De todas las muertes, el 38% se debió a enfermedad cardiovascular, el 6% a enfermedad renal y el 17% se codificó como múltiples u otras complicaciones crónicas de la diabetes. Solo el 2% se debió a las complicaciones agudas de la diabetes.

Cáncer²⁶⁻²⁹

El cambio de la mortalidad en Perú para los principales cánceres durante los últimos 27 años, estandarizados por edad a la Población Estándar Mundial. En los hombres, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, próstata y colorrectal están aumentando, la de cáncer gástrico está disminuyendo y la de cáncer de esófago estable. En las mujeres, las tasas de mortalidad por cáncer de mama, pulmón y colorrectal han aumentado, mientras que las de cáncer de cuello uterino y gástrico han disminuido.

Las tasas de supervivencia a 5 años para pacientes con cáncer de mama, próstata y pulmón en dos ciudades brasileñas fueron bajas en comparación con las de países de altos ingresos, lo que sugiere dificultades o desigualdades en el acceso a procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Perú en la década de 1990. Este hallazgo es consistente con datos internacionales

recientes que muestran que la supervivencia de cánceres curables (cáncer de cuello uterino, de mama y testicular, y leucemia linfoblástica en niños) está estrecha y positivamente relacionada con los ingresos del país.

Enfermedades respiratorias crónicas³⁰⁻³³

La caída de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades respiratorias crónica se observó tanto para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como para el asma. Los ingresos hospitalarios en adultos de 20 años o más disminuyeron en un 32% por EPOC y un 38% por asma entre 2010 y 2015. Hasta qué punto estas tendencias seculares se deben a mejoras en el acceso a la atención médica, disminución del tabaquismo u otros factores queda por evaluar.

Hay una falta de datos de prevalencia de la EPOC a nivel nacional, en parte debido a las dificultades en el uso de la espirometría (el estándar de oro para el diagnóstico de la EPOC). Una muestra representativa basada en espirometría de adultos de 40 años que forma parte del Estudio PLATINO de América Latina, registró una prevalencia de EPOC. Similar a lo observado para otras ciudades latinoamericanas, la mayoría de las personas incluidas en la muestra carecían de un diagnóstico médico previo. Aparte de los factores de riesgo habituales de EPOC, la tuberculosis y la contaminación de interiores también infirieron riesgo: la razón de posibilidades (OR) ajustada para la EPOC en personas con un diagnóstico médico de tuberculosis fue 3 · 99 (1 · 92–8 · 30) para los hombres y 1 · 71 (0 · 95–3 · 09) para las mujeres, en comparación con aquellas sin ese diagnóstico.

sesenta y cinco

Con respecto al asma, la Encuesta Mundial de Salud, que evalúa muestras representativas de adultos de 18 años o más en 70 países en 2012-2013, mostró que Perú tiene la prevalencia más alta de sibilancias autoinformadas (24.3%) y la sexta más alta diagnóstico médico autonotificado de asma (12%; IC 95% 11 · 0–13 · 1). A nivel nacional una encuesta representativa mostró que el diagnóstico médico de auto-reporte de asma, ajustado por sexo, edad y región, fue 28% menor en las zonas rurales que en las urbanas, consistente con los hallazgos de otros estudios de América Latina, y en de acuerdo con la hipótesis de que la industrialización y la urbanización están relacionadas con su ocurrencia.

Factores de riesgo³⁴⁻³⁷

Dos encuestas a nivel nacional muestran que la prevalencia del tabaquismo en personas de 18 años o más disminuyó sustancialmente en Perú, de 34.8% en 1989 a 22.4% en 2003. Una nueva disminución a 17.2% (21.6% de hombres y 13,1% de mujeres de 15 años o más) se registró hasta 2019, estimado por la Encuesta Global de Tabaco en Adultos, una encuesta representativa a nivel nacional que incluyó a más de 50 000 hogares. Se observó una gran variación en este último estudio por nivel educativo: 25,7% de las personas con menos de 1 año de educación formal fumaban versus 11,9% con 11 años o más. Sin embargo, un estudio basado en el teléfono anual ajustada para que sea representativa de los habitantes de las ciudades capitales, sugieren que la prevalencia del tabaquismo se estabilizó entre 2016 y 2019.

Hipertensión

Presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más, presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más, o ambas; o uso de medicamentos para controlar la presión arterial en las últimas 2 semanas. Todos los valores de presión arterial se basaron en mediciones reales.

Obesidad

Índice de masa corporal de 28 kg / m² o más para adultos de 18 años o más. La OMS utiliza 30 kg / m² como umbral, y se ha recomendado un umbral de 27 kg / m² para Asia.

Exceso de peso

Índice de masa corporal de 24 kg / m² o más para adultos de 18 años o más. La OMS utiliza 25 kg / m² como umbral, y se ha recomendado un umbral de 23 kg / m² para Asia.

Siempre fumador

Persona que ha fumado a diario durante al menos 6 meses durante su vida.

Actual fumador

Persona que, en el momento de la encuesta, fumaba un producto de tabaco.

Fumador pasivo

Una persona que está expuesta al humo exhalado por un fumador durante más de 15 minutos por día y más de una vez por semana.

Cambios dietéticos

Junto con el aumento sustancial de los ingresos de las personas durante el rápido desarrollo económico de China durante los últimos 20 años, el suministro de alimentos y la variedad de productos alimenticios ha aumentado, con los cambios correspondientes en los patrones dietéticos. La ingesta de cereales disminuyó sustancialmente durante este período, mientras que la ingesta de carne y aceite comestible aumentó. La ingesta de grasas aumentó de 68 · 3 g por día en 1982 a 85 · 6 g por día para los chinos urbanos, y de 39 · 6 gr 72 · 6 g para los chinos rurales. Tanto en áreas urbanas como rurales, los cereales disminuyeron como una proporción de la dieta, mientras que las grasas aumentaron. En 2012, los cereales aportaron el 74,6% de la ingesta energética en las zonas rurales y las grasas constituyeron el 25% de la ingesta energética en las zonas urbanas. En 2014, los cereales aportaron el 61,5% de la ingesta energética en las zonas rurales y las grasas constituyeron el 35% de la ingesta energética en las zonas urbanas.

Hipertensión

La prevalencia de la hipertensión en Perú ha aumentado rápidamente durante los últimos 30 años. En 2012, casi el 18% de los adultos de 15 años o más tenían hipertensión, lo que corresponde a 177 millones de personas. Ningún otro país tiene un grupo más grande de personas con hipertensión. Un presunto factor causal es el alto consumo de sal en las dietas tanto urbanas como rurales. En 2013, la ingesta media diaria de sal para un hombre de referencia (de 18 años con un nivel de actividad física leve) era de 12 g por día, 20 que es aproximadamente el doble de lo recomendado por las guías alimentarias. En algunas zonas rurales, la ingesta media de sal llegaba a 14,7 g.

A pesar de los conocidos beneficios para la salud, el control de la hipertensión en Perú está lejos de ser óptimo. Según la encuesta nacional de nutrición de 2002, solo el 30% de los adultos con hipertensión son conscientes de su condición. De ese 30%, solo el 6% maneja su hipertensión de manera efectiva, el 6% no recibe tratamiento y el 19% trató su hipertensión sin obtener un control adecuado.

Personas con sobrepeso y obesidad³⁸⁻⁴⁰

Según las definiciones de la OMS, el 18,9% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso en 2012 y el 2,9% eran obesos. Sin embargo, por las definiciones utilizadas en otras partes, prevalencias fueron mayores, con un 31% de personas con sobrepeso y 12% de personas obesas en 2014. El Ministerio de Salud de ha recomendado que las personas con un índice de masa corporal de 24 kg / m² o más deben considerarse con sobrepeso, y que aquellos con un índice de 28 kg / m² o más deben considerarse obesos. Según estos umbrales, el 22,8% tenían sobrepeso en 2012 y el 7,1% eran obesos. La proporción de adultos con sobrepeso aumentó en un 39% entre 1992 y 2002, según el umbral, mientras que la proporción de personas obesas aumentó en un 97%. En las grandes ciudades, el 13% de los niños y adolescentes de entre 7 y 17 años tenían sobrepeso y el 8% eran obesos.

La ingesta media diaria de calorías de los chinos tanto urbanos como rurales ha cambiado poco en las últimas dos décadas. En 1992 y 2012 se informaron ingestas de calorías de 2491 a 2250 kcal por día. Esto sugiere que los aumentos de personas con sobrepeso y obesidad se han debido principalmente a la reducción de la actividad física. El 49% de los chinos informaron que sus actividades físicas disminuyeron durante un período de 10 años. El tiempo promedio que los adultos pasaban viendo

televisión todos los días era de 2 · 1 h, y los riesgos de aumentar de peso se han asociado con el tiempo que pasan viendo televisión. Solo el 15% de los adultos chinos urbanos hicieron ejercicio regularmente en 2017.

El consumo de tabaco

El consumo de cigarrillos aumentó a 2002 mil millones en 2016, 17,4% más que en 2002. El 99,2% de los cigarrillos de producción nacional se consumen y solo el 0,8% se exporta. El consumo promedio de los hombres ha aumentado de 13 cigarrillos por día en 1984 a 15 cigarrillos por día en 2012.⁴¹⁻⁴³

Las tasas de tabaquismo fueron mucho más bajas para las mujeres. El tabaquismo era más prevalente en mujeres ancianas en 1996, con un 15% en las mayores de 65 años, pero se había reducido en 2002. Sin embargo, la gran proporción de fumadores masculinos ha sido alta y estable durante las últimas dos décadas, con una prevalencia de tabaquismo de 61% en 1984, 63% en 1996, y 57% en 2002. Los factores culturales y sociales han desalentado el consumo de tabaco en las mujeres.⁴¹⁻⁴³

La edad promedio de iniciación al tabaquismo se redujo a 18 años para los hombres en 2012, en comparación con 22 años en 1984, y las mujeres también se introdujeron a una edad más joven (20 años, en comparación con 25 años). La exposición pasiva al humo del tabaco afecta al 52,2% de la población y no cambió entre 2002 y 2008. El 82% de los fumadores pasivos informaron haber estado expuestos en el hogar; 35% en su lugar de trabajo; y 67% en lugares públicos.⁴³

Responder a una enfermedad crónica

Estos datos muestran que han completado la transición epidemiológica de un predominio de enfermedades infecciosas y condiciones maternas y perinatales a enfermedades y lesiones crónicas. Mientras que las enfermedades no transmisibles constituían el 58,2% de todas las muertes en 2015, la proporción había aumentado al 73,8% en 2001. En 2008, el 82,9% de todas las muertes se debieron a enfermedades no transmisibles, correspondientes a la pérdida de alrededor del 70% de todos los años de vida ajustados por discapacidad.⁴⁴

Desafortunadamente, es probable que la prevalencia y la carga de las enfermedades crónicas sigan aumentando. La estructura de la población que envejece, producirá inevitablemente proporciones más altas de enfermedades crónicas que se ven comúnmente en los grupos de mayor edad. Pero los aumentos en las tasas de muerte por accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias, diabetes, cáncer de pulmón, cáncer de hígado y cáncer de mama también muestran la importancia de cambiar los factores de riesgo conductuales: alta ingesta dietética de sal, aumento de la ingesta de grasas y disminución de la ingesta de cereales y actividades físicas reducidas. La tasa de estos cambios en el comportamiento de alto riesgo y la edad temprana a la que comienzan son de especial preocupación.⁴⁴⁻⁴⁶

Los costos económicos directos e indirectos de las enfermedades crónicas ya son considerables y es probable que aumenten. Los costos directos incluyen los gastos de admisión al hospital; costos médicos; costos de prevención; y viajes relacionados con la atención, enfermería y apoyo familiar. Los costos indirectos provienen de una menor productividad, bajas por enfermedad, pérdida de trabajadores productivos por jubilación anticipada, muertes prematuras y tiempo perdido por miembros de la familia. Estos costos son elevados y pueden causar empobrecimiento.

Las encuestas sobre el uso de la atención de la salud en 2014 mostraron que la tarifa médica promedio para el tratamiento de pacientes hospitalizados con hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias, derrames cerebrales.

El tratamiento hospitalario para enfermedades crónicas comunes, por lo tanto, podría costar más de la mitad de los ingresos anuales para los residentes urbanos y hasta tres veces el ingreso anual de los residentes rurales. Las encuestas realizadas en 2013 mostraron que el costo directo de las admisiones hospitalarias para pacientes con accidente cerebrovascular isquémico.⁴⁷

Tanto la carga sanitaria de las enfermedades crónicas como su carga económica ejercen presión sobre las reformas sanitarias recientemente lanzadas; estas cargas también dan prioridad a ciertos aspectos de estas reformas. La demanda de servicios de atención médica para enfermedades crónicas puede impulsar el uso de tecnologías avanzadas de alto costo en las instalaciones terciarias. Combinación de riesgos de la financiación de la atención sanitaria mitigar los efectos de los pagos directos para el tratamiento de enfermedades crónicas debería ser una prioridad en términos de necesidad pública y equidad en salud. La integración más estrecha de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria también debería ser una prioridad para canalizar el tratamiento de las enfermedades crónicas a los niveles más rentables del sistema de atención de la salud. Los esfuerzos de reforma deben evitar pasar por alto las instalaciones primarias por instalaciones terciarias más caras. El cuidado de las enfermedades crónicas desafiará profundamente el sistema de rehabilitación en el hogar.⁴⁸⁻⁵⁰

Cuidado familiar

Es probable que los sistemas se vuelvan más frágiles debido a la población cada vez más anciana, las familias con un solo hijo, el doble papel de las mujeres chinas como trabajadoras y cuidadoras, y la migración a gran escala del campo a la ciudad en la que los jóvenes se han trasladado a las ciudades y dejó atrás a las personas mayores en las zonas rurales.

La prevención primero es la mejor, más importante y más apropiada sentencia y estrategia relevante para el Perú. Incluso una reducción modesta de los factores de riesgo conductuales podría generar importantes beneficios para la salud. Si se quiere evitar el aumento de la mortalidad y la morbilidad debidas a enfermedades crónicas, será necesario aplicar estrategias de prevención (como la reducción del consumo de tabaco, la exposición al humo de segunda mano, la ingesta dietética de sal y grasas y la promoción de una mayor actividad física) priorizado. Todas estas estrategias deberán estar respaldadas por políticas públicas. Estas políticas ya no pueden aislarse de las políticas de otros sectores como el empleo, el mantenimiento de los ingresos, el bienestar social, la vivienda, la educación y los medios de comunicación, incluida la televisión.⁵¹

Para llevar a cabo estas actividades de prevención, será necesario fortalecer los sistemas de prevención de la salud y control de enfermedades de Perú. Serán necesarias reformas institucionales para realinear las estrategias establecidas para el control de las enfermedades infecciosas y combatir la aparición de las enfermedades crónicas que ahora causan una alta proporción de muertes. El tratamiento de las personas en el sector de la salud es otra estrategia de prevención adecuada para las enfermedades crónicas. Si bien el enfoque de la comunidad médica en el servicio a los pacientes de alto riesgo beneficia a las

personas, la prevención eficaz a largo plazo también necesitará un compromiso multisectorial mucho más amplio.

La acción social es una de las estrategias más importantes para reducir las enfermedades no transmisibles. Reducir las enfermedades no transmisibles es la intervención clave para reducir la pobreza. Las acciones sociales deben incluir la movilización de sectores aliados, incluido el transporte (para abordar el crecimiento en el uso del automóvil y entornos menos amigables para ciclistas y peatones); educación (para mejorar la promoción y la educación integral de la salud en las escuelas); política fiscal (para aumentar los impuestos al tabaco); acción reguladora (para garantizar la seguridad y el contenido de los alimentos y prohibir fumar en lugares públicos); y diseño urbano (para proporcionar parques, espacios verdes y caminos para bicicletas y caminantes).⁵²

Debe darse la máxima prioridad a abordar los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas. La prevención debe centrarse en combatir los factores de riesgo de manera integrada a nivel de la familia y la comunidad, para hacer frente a factores sociales y culturales profundamente arraigados. El Ministerio de Salud debe desarrollar sus habilidades y capacidades de manera más amplia que las ciencias biomédicas. Por ejemplo, la hipertensión y el tabaco pueden considerarse prioridades de salud conductual. La reducción de la ingesta de sal debería convertirse en una campaña nacional que incluya directrices dietéticas y etiquetado de alimentos. La medición de la presión arterial debe medirse en todos los encuentros de salud, y deben identificarse oportunidades no tradicionales para la medición (como en áreas comerciales y sitios recreativos).

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud ha señalado que una acción estratégica importante para la promoción de la salud es construir una política pública saludable, que es responsabilidad del gobierno. Por ejemplo, Perú ha adoptado el Convenio Marco para el Control del Tabaco, pero para una implementación efectiva, esto debe traducirse en políticas, incluido el aumento de impuestos y precios de los cigarrillos, la protección de los no fumadores contra el humo de segunda mano, la prohibición de anuncios de cigarrillos. productos, regulación del contenido de los productos del tabaco e información y divulgaciones en el empaque y etiquetado de los productos del tabaco.⁵³

La vigilancia continua de los niveles y patrones de los factores de riesgo será fundamental para evaluar las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. El Control de Enfermedades debería desarrollar sistemas más sólidos para la vigilancia y el análisis de datos, y proporcionar más pautas basadas en evidencia para el control nacional de las enfermedades no transmisibles.

ANTECEDENTES

Se contará con el autor Fan Wu et al con el trabajo titulado “Factores de riesgo comunes de enfermedades crónicas no transmisibles entre los adultos mayores en China, Ghana, México, India, Rusia y Sudáfrica: el estudio sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos” (2018)⁵⁴

Antecedentes

Los factores de riesgo del comportamiento como el consumo de tabaco, la dieta poco saludable, la actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol son factores conocidos y modificables

de una serie de ENT y mediadores de la salud. El propósito de este artículo es describir la distribución de los principales factores de riesgo de las ENT por nivel socioeconómico (NSE) entre los adultos de 50 años o más dentro de un país y comparar estos factores de riesgo en seis países de ingresos bajos y medianos altos.

Métodos

La población de estudio en este documento se basó en SAGE Wave 1 y consistió en adultos mayores de 50 años de China (N = 13,157), Ghana (N = 4,305), India (N = 6,560), México (N = 2,318), Rusia Federación (N = 3.938) y Sudáfrica (N = 3.836). Se identificaron siete factores de riesgo comunes principales para las ENT: consumo diario de tabaco, consumo excesivo de alcohol con frecuencia, actividad física de bajo nivel, ingesta insuficiente de verduras y frutas, índice cintura-cadera de alto riesgo, obesidad e hipertensión. También se calcularon múltiples factores de riesgo sumando todos estos factores de riesgo.

Resultados

La prevalencia del consumo diario de tabaco osciló entre el 7,7% (Ghana) y el 46,9% (India), el consumo frecuente de alcohol fue el más alto en China (6,3%) y el más bajo en India (0,2%), y la prevalencia más alta de baja actividad física fue en Sudáfrica (59,7%). La prevalencia más alta de encuestados con alto riesgo de relación cintura-cadera fue 84.5% en México, y la prevalencia de hipertensión autoinformada varió del 33% (India) al 78% (Sudáfrica). La obesidad fue más común en Sudáfrica, la Federación de Rusia y México (45,2%, 36% y 28,6%, respectivamente) en comparación con China, India y Ghana (15,3%, 9,7% y 6,4%, respectivamente). China, Ghana e India tenían una mayor prevalencia de encuestados con múltiples factores de riesgo que México, la Federación de Rusia y

Sudáfrica. La aparición de tres y cuatro factores de riesgo fue más frecuente en México, la Federación de Rusia y Sudáfrica.

Conclusión

Hubo variaciones sustanciales entre países y entornos, incluso entre países de ingresos medianos altos y países de ingresos medianos bajos. La información de referencia sobre la magnitud del problema de los factores de riesgo proporcionada por este estudio puede ayudar a los países y a los responsables de la formulación de políticas de salud a establecer intervenciones para abordar la epidemia mundial de enfermedades no transmisibles.

Según el autor Joel Negin et al con el trabajo titulado “Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre los adultos mayores en las zonas rurales de África” (2018)⁵⁵

Ampliar la base de pruebas sobre la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) en las zonas rurales de África, en particular entre los adultos mayores de 50 años o más.

Métodos Estudio transversal en tres sitios rurales en Malawi, Ruanda y Tanzania. Se entrevistó a una persona de cada uno de los 665 hogares seleccionados mediante un procedimiento de muestreo aleatorio estratificado en los tres sitios. El cuestionario incluía características sociodemográficas, tabaquismo y consumo de alcohol, así como un cuestionario de frecuencia alimentaria.

Resultados Las tasas de tabaquismo entre hombres y mujeres mayores fueron más altas que entre los adultos menores de 50 años. Mientras que sólo el 2,3% de las mujeres menores de 50 eran fumadoras actuales, el 21,0% de las mujeres mayores fumaba ($P < 0,0001$). Entre los hombres, el 19,0% de los hombres

menores de 50 años fumaba frente al 36,6% de los hombres mayores ($P = 0,001$). El consumo de alcohol entre las mujeres mayores de 50 años o más (45,0%) fue más común ($P = 0,005$) que entre las mujeres menores de 50 años (27,6%). Al examinar un conjunto de cinco factores de riesgo, más hombres de 50 años o más (49,5%) tenían dos o más factores de riesgo que los hombres menores de 50 años (25,5%) ($P < 0,0001$). Del mismo modo, el 52,0% de las mujeres de 50 años o más tenían dos o más factores de riesgo, frente al 24,1% de las mujeres menores de 50 años ($P < 0,0001$).

Conclusión

Al contrario de lo que se observa en los entornos de los países desarrollados, este estudio revela altas tasas de consumo de tabaco y alcohol entre hombres y mujeres de 50 años o más en las zonas rurales de África, lo que los pone en riesgo de enfermedades no transmisibles. Se ha descuidado la salud de los adultos mayores en las zonas rurales de África, y estos hallazgos destacan la importancia de llegar a los adultos mayores con mensajes sobre la dieta, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la salud en general.

Según el autor A. Fletcher et al “Tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles utilizando la autopsia verbal en una cohorte de personas de mediana edad y poblaciones mayores en Beirut durante la guerra 2013–2017” (2017)⁵⁶

Objetivos del estudio: prioridades de salud en países de ingresos medios a bajos, como Líbano, tradicionalmente se han asumido para seguir los de un desarrollo "típico" país, con un enfoque en los jóvenes y en Enfermedades contagiosas. Este estudio fue llevado a cabo para cuantificar la magnitud de transmisible y no transmisible mortalidad por enfermedad y examinar el patrón de

mortalidad entre las personas de mediana edad y poblaciones mayores en un entorno urbano en Líbano.

Diseño y participantes:

Una cohorte representativa de 1567 hombres y mujeres (> 50 años) que había participado en una cruz encuesta de salud multidimensional seccional en Beirut, Líbano en 1983 y fueron seguimiento 10 años después. El estado vital era determinado y las causas de muerte fueron obtenidas mediante autopsia verbal.

Resultados:

Las tasas de mortalidad total se estimaron en 33,7 y 25,2 / 1000 personas-año entre hombres y mujeres respectivamente. En ambos sexos, las principales causas de muerte eran enfermedades no transmisibles, principalmente circulatorias (60%) y cáncer (15%). Por todas las causas de mortalidad, los hombres tenían mayor riesgo que las mujeres (tasa ajustada por edad ratio, RR = 1,42, intervalos de confianza del 95% (IC) = 1,16, 1,72) especialmente en los siglos. Excepto por las enfermedades cerebrovasculares, problemas renales y lesiones atribuibles a caídas y fracturas, los hombres también estaban en mayor riesgo de mortalidad por causas específicas que mujeres, en particular, para el corazón isquémico enfermedad (RR= 2,24, IC del 95% = 1,62, 3,12). Comparación con certificado de defunción anterior datos en el Líbano y estimaciones actuales de otras regiones del mundo mostraron la magnitud de la enfermedad cardiovascular tiempo extraordinario.

Conclusiones: los resultados de este primer estudio de cohorte en la región árabe, en contraste con la percepción popular, un patrón de mortalidad más parecido a un país desarrollado que a uno en desarrollo. Estrategias de actividades de salud pública, en particular para países en transición, deben ser reevaluados

continuamente a la luz de los datos epidemiológicos y otros aspectos sanitarios indicadores para decisiones basadas en evidencia haciendo.

V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTO

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó basado en el tipo de investigación diseño no experimental, ya que las variables que fueron planteadas no se llegaron a manipularlas, se obtuvieron tal cual del registro.

Transversal, debido a que se realizó en un tiempo determinado durante el año 2016. Retrospectivo, se obtuvieron datos de forma retrograda.

MÉTODO Y DISEÑO

Nuestro estudio contó con la revisión y el análisis documentario de las historias clínicas revisadas la cual fue la elaboración de nuestro instrumento, tal como lo es la ficha de recolección de datos, el mismo que fue calificado por 3 expertos en la materia, se llegó a recolectar la fuente necesaria para la ejecución de nuestro trabajo.

POBLACIÓN

Nuestra población en la cual se ejecutó se llegó a tener la participación de 247 pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

MUESTRA

Para obtener la muestra de nuestro estudio, se llegó a contar con la ayuda de la fórmula de poblaciones finitas, la misma cumple con todos los parámetros para la elaboración de nuestra tesis.

La terminología utilizada es:

n : El valor final de la muestra que debe estudiar. **Z²** : valor fijo de 1.96 (relacionado con un CC de 0.95). **pe** : 0.5 (P(ocurrencia)). **qe** : 0.5 (P(no ocurrencia)).
E² : 0.05 (P(error))
N : 247 (Universo poblacional)

Utilizando las fórmulas:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 384.36$$

$$n = 384.36$$

> 0.10

N

Donde el valor relevante es n

$$= 384$$

$$1 + 384$$

$$= 385$$

Se contó con la participación de 150 pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

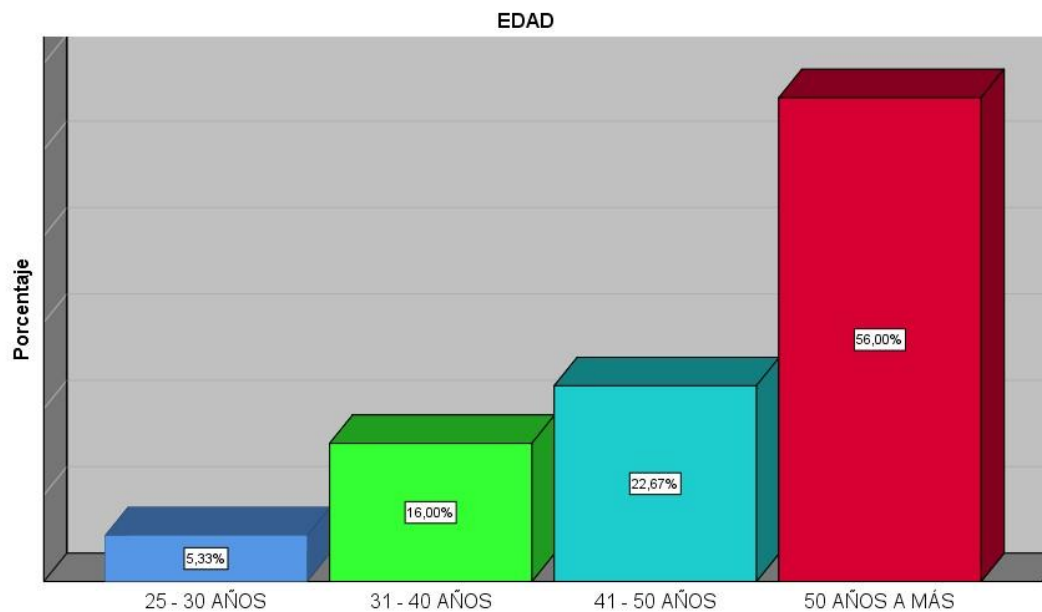
VI. RESULTADOS

1. Edad:

TABLA N°01

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25 - 30 AÑOS	8	5,3	5,3	5,3
	31 - 40 AÑOS	24	16,0	16,0	21,3
	41 - 50 AÑOS	34	22,7	22,7	44,0
	50 AÑOS A MÁS	84	56,0	56,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 01



INTERPRETACIÓN:

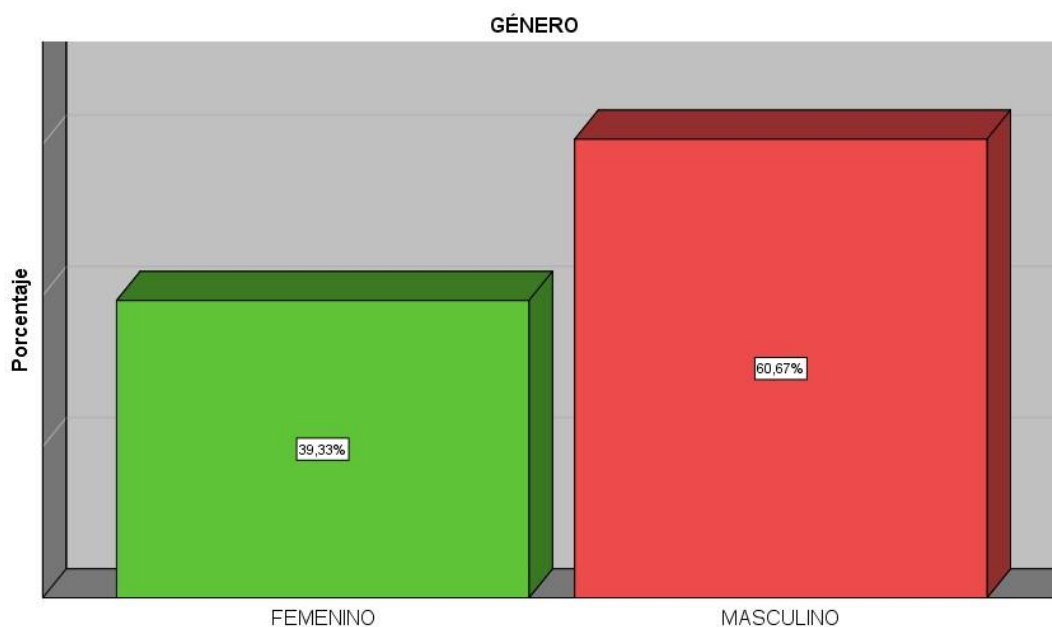
Respecto a la edad de los pacientes adultos mayores, se determinó que el 56% oscilan entre los 50 años a más, 22.67% están entre los 41 a 50 años, el 16% están entre los 31 a 40 años, y solo el 5.33% oscilan entre los 25 a 30 años.

2. Género:

TABLA N°02

GÉNERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	59	39,3	39,3	39,3
	MASCULINO	91	60,7	60,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 02



INTERPRETACIÓN:

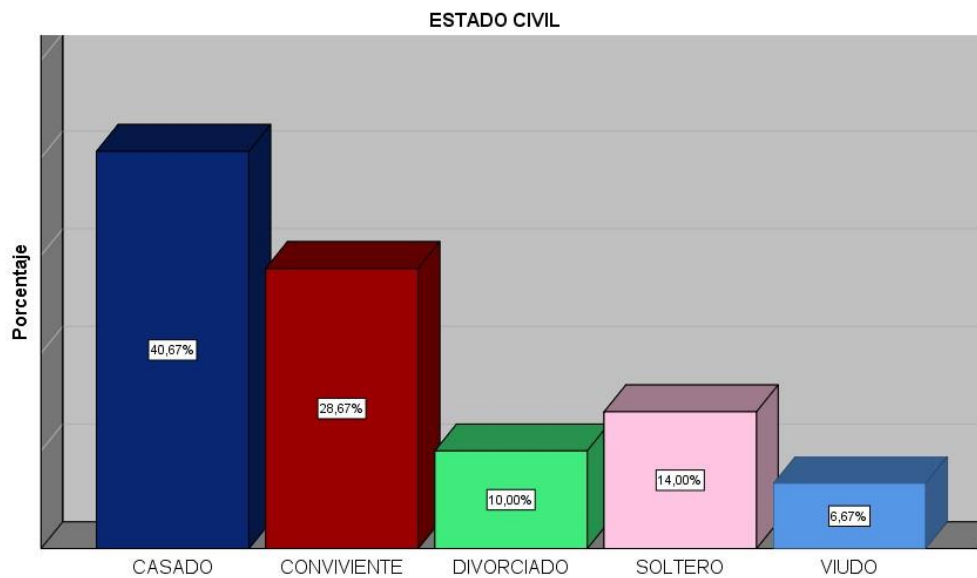
Respecto al género de los pacientes adultos mayores, se demostró que el 60.67% son masculinos y solo el 39.33% son femeninos.

3. Estado civil:

TABLA N°03

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADO	61	40,7	40,7	40,7
	CONVIVIENTE	43	28,7	28,7	69,3
	DIVORCIADO	15	10,0	10,0	79,3
	SOLTERO	21	14,0	14,0	93,3
	VIUDO	10	6,7	6,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 03



INTERPRETACIÓN:

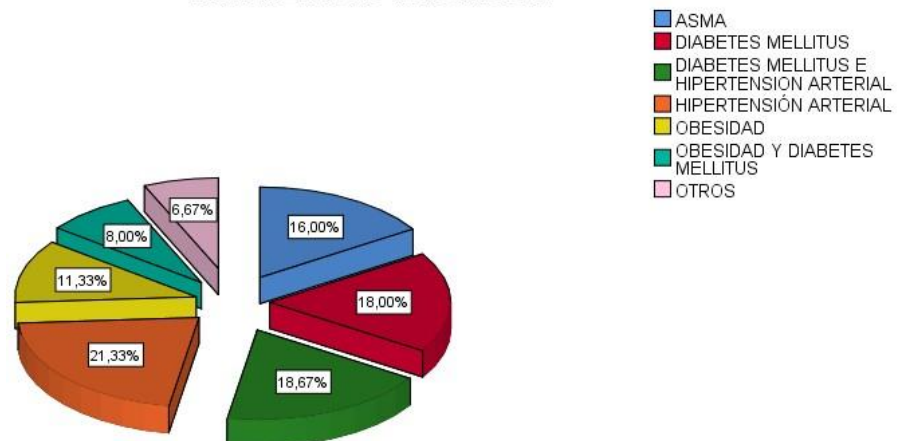
Respecto al estado civil de los pacientes adultos mayores, se demostró que el 40.67% son casados, el 28.67% son convivientes, 14% son solteros, el 10% son divorciados y solo el 6.67% son viudos.

4. Enfermedades no transmisibles

TABLA N°04

ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASMA	24	16,0	16,0	16,0
	DIABETES MELLITUS	27	18,0	18,0	34,0
	DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL	28	18,7	18,7	52,7
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	32	21,3	21,3	74,0
	OBESIDAD	17	11,3	11,3	85,3
	OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS	12	8,0	8,0	93,3
	OTROS	10	6,7	6,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 04
ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE



INTERPRETACIÓN:

Respecto a la enfermedad no transmisibles de los pacientes adultos mayores, el 21.33% sufren hipertensión arterial, 18.67%

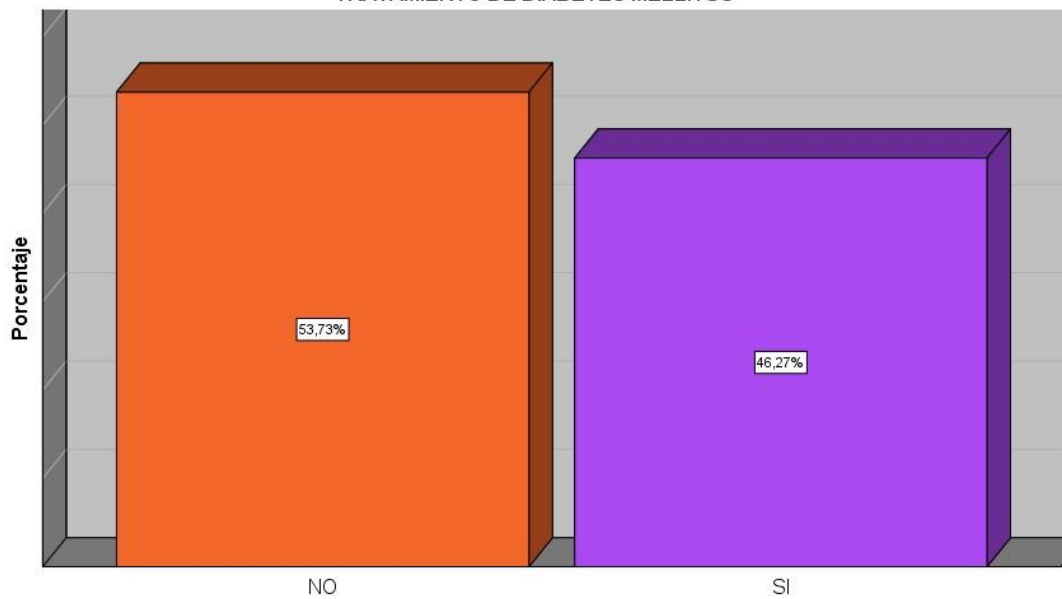
diabetes mellitus e hipertensión arterial, 18% diabetes mellitus, 16% presentaron asma, 11.33% tienen obesidad, 8% obesidad y diabetes mellitus, y 6.67% sufren de otra enfermedad.

**5. Tratamiento de Diabetes Mellitus
TABLA N°05**

TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	36	53,7	53,7	53,7
	SI	31	46,3	46,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

GRAFICO N° 05

TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS



INTERPRETACIÓN:

Respecto al tratamiento de la diabetes mellitus de los pacientes adultos mayores, el 53.73% no se están tratando y solo el 46.27% si están llevando tratamiento de la enfermedad.

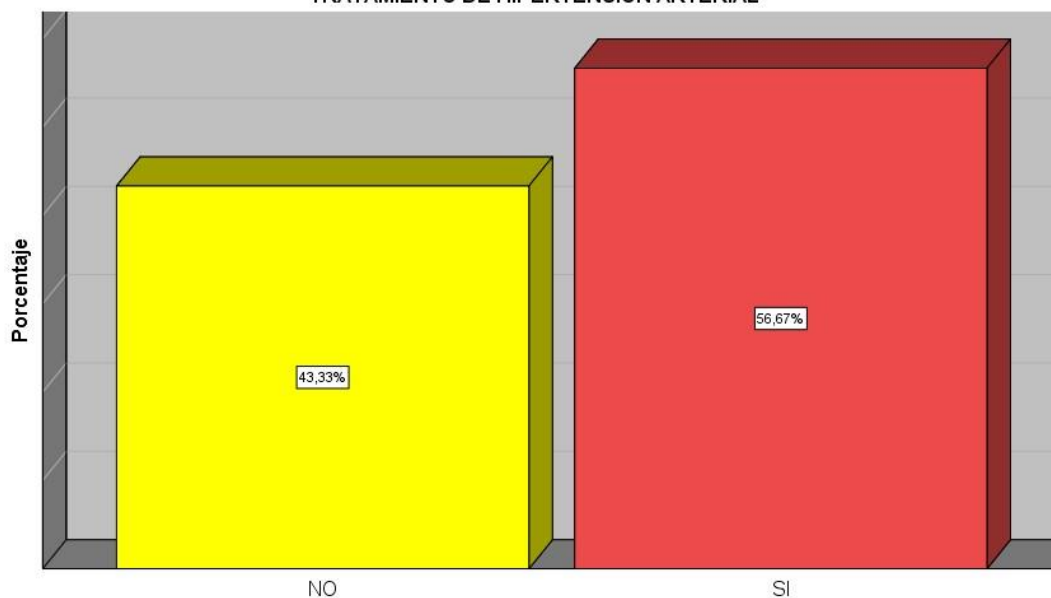
6.

**Tratamiento de
Hipertensión Arterial
TABLA N°06**

TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	26	43,3	43,3	43,3
	SI	34	56,7	56,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

GRAFICO N° 06

TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL



INTERPRETACIÓN:

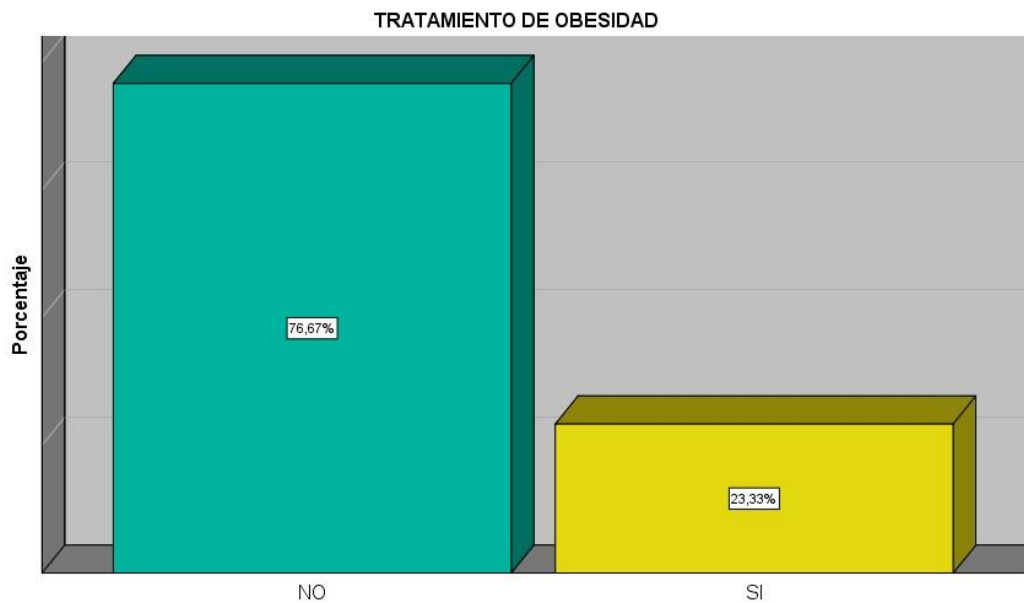
Respecto al tratamiento de hipertensión arterial de los pacientes adultos mayores, se demostró que el 56.67% si lo cumplen y solo el 43.33% no cumplen con el tratamiento.

7. Tratamiento de Obesidad:

TABLA N°07

TRATAMIENTO DE OBESIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	46	76,7	76,7	76,7
	SI	14	23,3	23,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

GRAFICO N° 07



INTERPRETACIÓN:

Respecto al tratamiento de obesidad de los pacientes adultos mayores, el 76.67% no cumplen con dicho tratamiento y solo el 23.33% si cumplen el tratamiento.

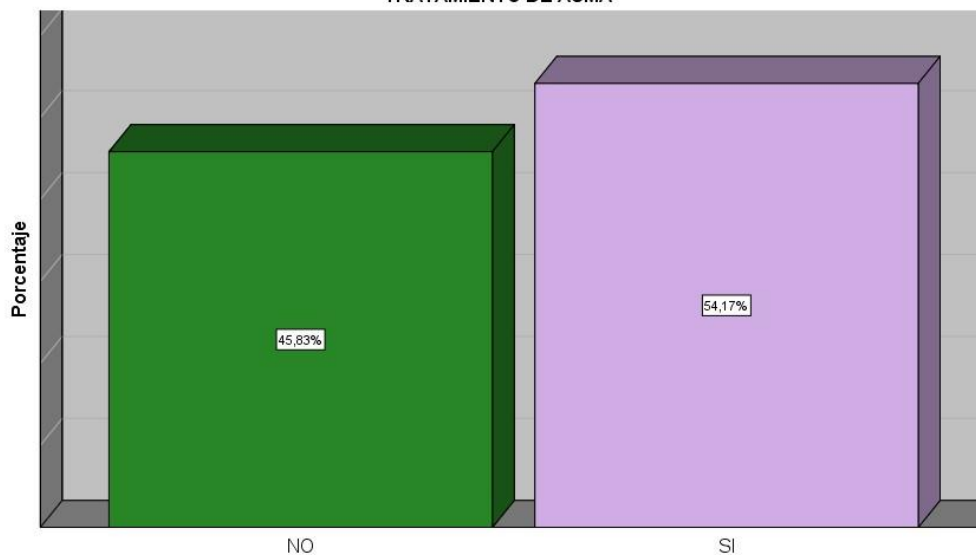
**8. Tratamiento de Asma
TABLA N°08**

TRATAMIENTO DE ASMA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	NO	11	45,8	45,8	45,8
	SI	13	54,2	54,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

GRAFICO N° 08

TRATAMIENTO DE ASMA



INTERPRETACIÓN:

Respecto al tratamiento de los pacientes adultos mayores, el 54.17% si lo cumplen y solo el 45.83% no cumplen con el tratamiento.

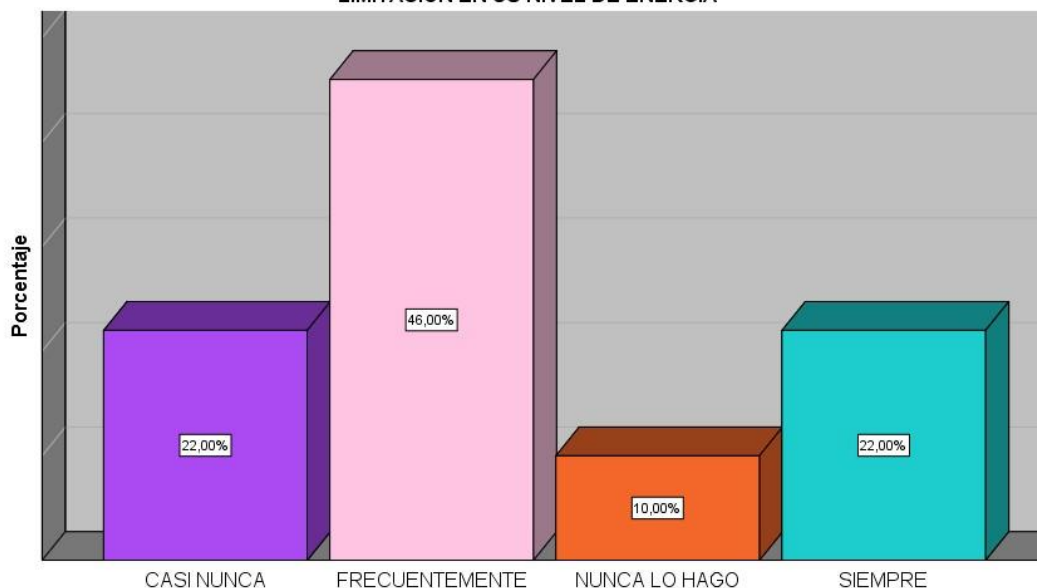
9. Limitación en su nivel de energía TABLA N°09

LIMITACION EN SU NIVEL DE ENERGIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	33	22,0	22,0	22,0
	FRECUENTEMENTE	69	46,0	46,0	68,0
	NUNCA LO HAGO	15	10,0	10,0	78,0
	SIEMPRE	33	22,0	22,0	100,0

Total	150	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

GRAFICO N° 09

LIMITACION EN SU NIVEL DE ENERGIA



INTERPRETACIÓN:

Respecto a la limitación en su nivel de energía de los pacientes adultos mayores, el 46% sucede frecuentemente, 22% es siempre y casi nunca y solo el 10% nunca lo hace.

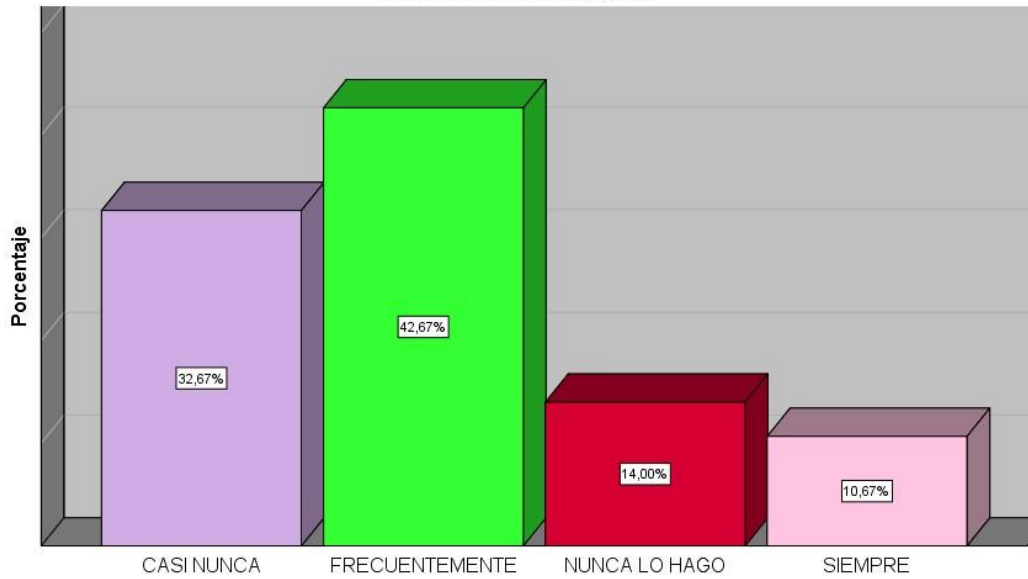
10.

Sensación de debilidad TABLA N°10

SENSACION DE DEBILIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	49	32,7	32,7	32,7
	FRECUENTEMENTE	64	42,7	42,7	75,3
	NUNCA LO HAGO	21	14,0	14,0	89,3
	SIEMPRE	16	10,7	10,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 10

SENSACION DE DEBILIDAD



INTERPRETACIÓN:

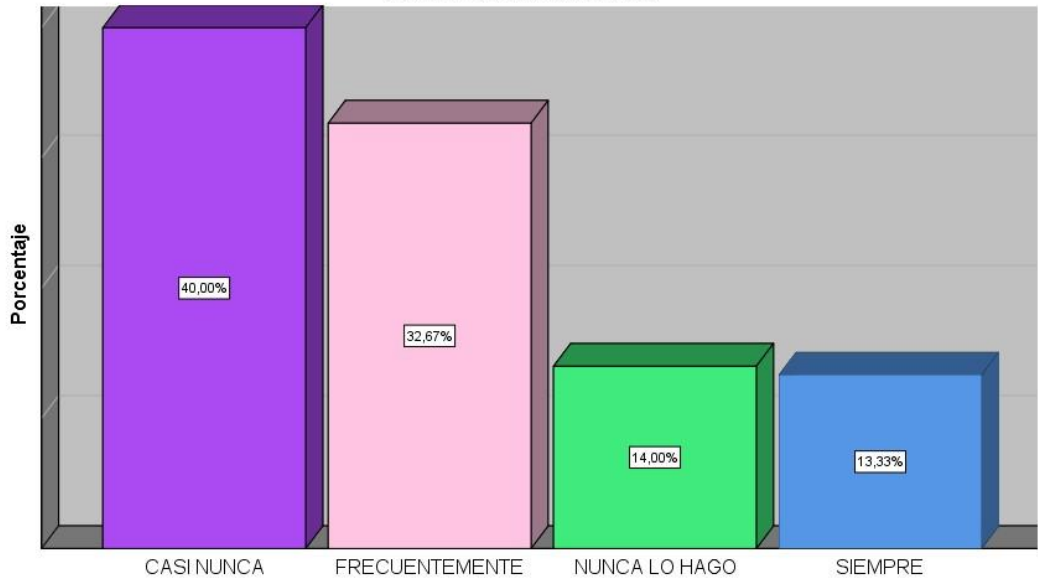
Respecto a la sensación de debilidad de los pacientes adultos mayores, el 42.67% son frecuentemente, 32.67% es casi nunca, el 14% nunca lo hace y solo el 10.67% es siempre.

**11. Aumento del cansancio
TABLA N°11**

AUMENTO DEL CANSANCIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	60	40,0	40,0	40,0
	FRECUENTEMENTE	49	32,7	32,7	72,7
	NUNCA LO HAGO	21	14,0	14,0	86,7
	SIEMPRE	20	13,3	13,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 11

AUMENTO DEL CANSANCIO



INTERPRETACIÓN:

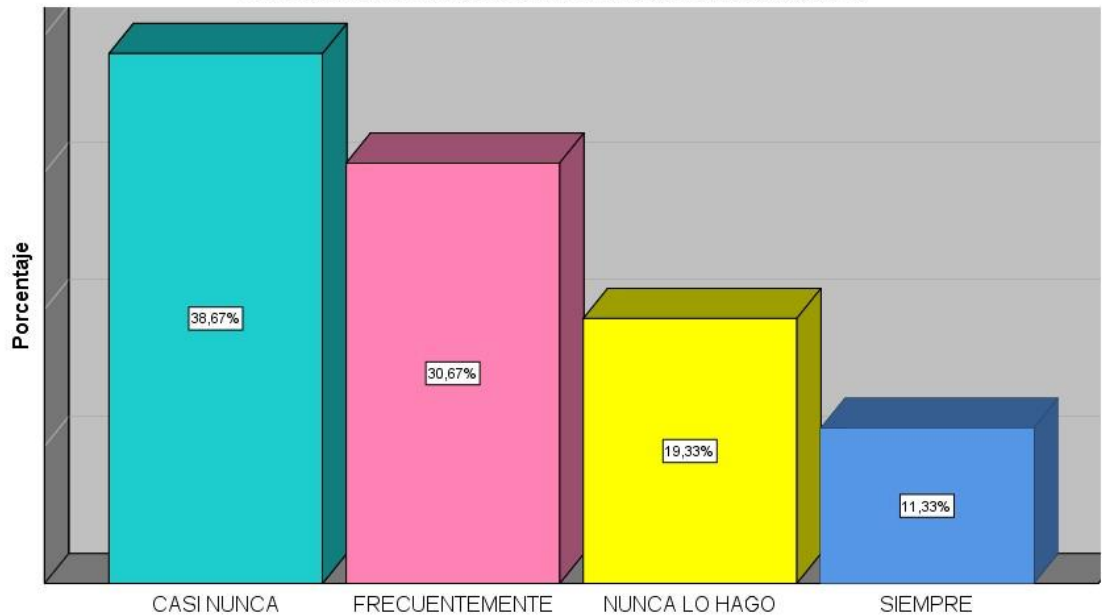
Respecto al aumento del cansancio de los pacientes adultos mayores, el 40% es casi nunca, 32.67% es frecuentemente y solo el 14% nunca lo hago y solo el 13.33% es siempre.

12. Cumple con sus medicamentos a la hora correcta TABLA N°12

CUMPLE CON SUS MEDICAMENTOS A LA HORA CORRECTA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	58	38,7	38,7	38,7
	FRECUENTEMENTE	46	30,7	30,7	69,3
	NUNCA LO HAGO	29	19,3	19,3	88,7
	SIEMPRE	17	11,3	11,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

GRAFICO N° 12

CUMPLE CON SUS MEDICAMENTOS A LA HORA CORRECTA



INTERPRETACIÓN:

Respecto a que, si cumplen con sus medicamentos a la hora correcta los pacientes adultos mayores, el 38.67% es casi nunca, el 30.67% frecuentemente, el 19.33% nunca o hago y el 11.33% fue siempre.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

- Hi Existe un impacto significativo en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Ho No existe un impacto significativo en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$Fe = \frac{(TMR)(TMC)}{N}$$

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	EDAD - GENERO		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A 72	B 30	102
NO	C 28	D 20	48
TMC	100	50	150

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$$Fe \text{ casilla A} = (102)(100) / (150) = 68$$

$$Fe \text{ casilla B} = (102)(50) / (150) = 34$$

$$Fe \text{ casilla C} = (48)(100) / (150) = 32$$

$$Fe \text{ casilla D} = (48)(50) / (150) = 16$$

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	EDAD - GENERO		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A fo = 72 fe = 68	B fo = 30 fe = 34	102
NO	C fo = 28 fe = 32	D fo = 20 fe = 16	48
TMC	100	50	150

Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) ²	(fo - fe) ² / fe
A	72	68	4	16	0.23
B	30	34	-4	16	0.47
C	28	32	-4	16	0.50
D	20	16	4	16	1.00
	N = 150				$\chi^2 = 2.20$

Comparar el resultado de CHI cuadrada

gl = (r-1) (c-1)

gl = (2-1) (2-1) = 1

gl = Grados de libertad

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%) c =

Columnas del cuadro

2.20 > 0.05
X ² _c > X ² _t

SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) CONCLUSIONES

1. En al presente tesis se evidencio, análisis estadístico inferencial cchi-cuadrado > 0.05 con un intervalo de confianza de 95% (0.05), que existe un impacto significativo en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
2. En la presente tesis, se evidencio los siguientes datos sociodemográficos, Respecto a la edad de los pacientes adultos

mayores, se determinó que el 56% oscilan entre los 50 años a más, 22.67% están entre los 41 a 50 años, el 16% están entre los 31 a 40 años, y solo el 5.33% oscilan entre los 25 a 30 años. Por otro lado, se evidenció que el 60.67% son masculinos y solo el 39.33% son femeninos. Por último, el estado civil de los pacientes adultos mayores, se demostró que el 40.67% son casados, el 28.67% son convivientes, 14% son solteros, el 10% son divorciados y solo el 6.67% son viudos.

3. Por otro lado en la muestra estudiada se evidenció que dentro de las enfermedades no transmisibles de los pacientes adultos mayores, el 21.33% sufren hipertensión arterial, 18.67% diabetes mellitus e hipertensión arterial, 18% diabetes mellitus, 16% presentaron asma, 11.33% tienen obesidad, 8% obesidad y diabetes mellitus, y 6.67% sufren de otra enfermedad. Se puede inferir que el estado nutricional en el país ha ido decreciendo considerablemente, los programas actuales no se adaptan adecuadamente a la realidad nacional.
4. De la misma manera el tratamiento de la diabetes mellitus de los pacientes adultos mayores, el 53.73% no se están tratando y solo el 46.27% si están llevando tratamiento de la enfermedad. Respecto al tratamiento de hipertensión arterial de los pacientes adultos mayores, se demostró que el 56.67% si lo cumplen y solo el 43.33% no cumplen con el tratamiento. Respecto al tratamiento de obesidad de los pacientes adultos mayores, el 76.67% no cumplen con dicho tratamiento y solo el 23.33% si cumplen el tratamiento. La adherencia en el tratamiento es un gran problema en este tipo de pacientes, la medicación necesita una adecuada disciplina en el autocuidado del paciente.

b) RECOMENDACIONES

1. Se necesita implementar diversos programas personalizados en pacientes con enfermedades no transmisibles (hipertensión y diabetes mellitus), tomando en cuenta los grupos etarios más afectados, tomando en cuenta que las personas mayores de 50 años poseen diversas comorbilidades que repercuten en la recuperación del mismo.
2. Se recomienda un trabajo articulado y multisectorial, considerando al nutricionista, médicos, personal de enfermería, con la finalidad de realizar una adecuada

reducción de la incidencia de dichas enfermedad y asegurar un adecuado seguimiento de los pacientes.

3. Implementar talleres y seminarios, para la actualización de nuevo protocolos de tratamiento y seguimiento de dichos pacientes, tanto nacionales como internacionales , con la finalidad de brindar una adecuada prestación de servicio de salud tanto en todos los niveles de salud.
4. Enfatizar la importancia de la prevención de dichas enfermedad, para ello se recomienda una mejora en las estrategias de prevención y identificación de dichos pacientes en el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística , Rio de Janeiro (2009)
2. CW Warren , NR Jones , A Peruga , et al. Vigilancia mundial del tabaquismo en los jóvenes, 2000-2007 MMWR Surveill Summ , 57 (2008), págs. 1 – 28
3. PC Correa , SM Barreto , VM Passos. Mortalidad atribuible al tabaquismo y años de vida potencial perdidos en 16 capitales brasileñas, 2003: un estudio basado en la prevalencia BMC Public Health , 9 (2009) , pág. 206
4. EA Carlini , JC Galduroz , AR Noto , et al. Levantamiento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas en Brasil — 2005

http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11325&rastro=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2FEstat%C3%ADsticas/Popula%C3%A7%C3%A3o+geral+brasileira#Illev_dom (consultado el 8 de agosto de 2010).

5. JC Galduroz , EA Carlini Consumo de alcohol entre los habitantes de las 107 ciudades más grandes de Brasil — 2001
6. Braz J Med Biol Res , 40 (2007) , págs. 367 – 375 CrossRefVer registro en ScopusGoogle Académico
7. R Laranjeira , I Pinsky , M Sanches , M Zaleski , R Caetano Patrones de consumo de alcohol entre adultos brasileños Rev Bras Psiquiatr , 32 (2010) , págs. 231 - 241
8. CA Monteiro , WL Conde , SM Matsudo , et al. Una epidemiología descriptiva de la actividad física en el tiempo libre en Brasil, 1996-1997 Rev Panam Salud Publica , 14 (2003) , págs. 246 – 254
9. RB Levy , RM Claro , CA Monteiro Contenido de azúcar y energía total de las compras de alimentos de los hogares en Brasil Salud Pública Nutr , 12 (2009) , págs. 2084 – 2091
10. F Sarno , RM Claro , RB Levy , et al. Ingesta estimada de sodio por la población brasileña, 2002-2003 Rev Saude Publica , 43 (2009) , págs. 219 – 225
11. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación Base de datos de estadísticas de la FAO <http://faostat.fao.org/site/368/DesktopDefault.aspx?PageID5368> (2004) (consultado el 6 de febrero de 2010).
12. VL Chiara , R Sichieri , TS Carvalho Ácidos grasos trans de algunos alimentos consumidos en Río de Janeiro, Brasil Rev Nutr , 16 (2003) , págs. 227 – 233

13. WL Conde , CA Monteiro Cambios seculares del sobrepeso entre los adolescentes brasileños desde 1974/5 hasta 2002/3
14. JA O'Dea , M Ericksen (Eds.) , Prevención de la obesidad infantil , Oxford University Press , Oxford (2010)
15. CA Monteiro , MHD Benicio , WL Conde , et al. Reducción de la desigualdad socioeconómica en el retraso del crecimiento infantil: la experiencia brasileña (1974-2007)
16. Bull World Health Organ , 88 (2010) , págs. 305 – 311 Ver registro en ScopusGoogle Académico
17. CA Monteiro , WL Conde , BM Popkin ¿La obesidad reemplaza o aumenta la desnutrición? Evidencia de diferentes clases sociales en Brasil Public Health Nutr , 5 (2002) , págs. 105 – 112
18. CA Monteiro , WL Conde , BM Popkin Tendencias de la obesidad en función de los ingresos en Brasil: 1975-2003 Am J Public Health , 97 (2007) , págs. 1808 – 1812
19. CA Monteiro , WL Conde , SC Konno , et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco años Brasil, Ministério da Saúde (Ed.) , Pesquisa Nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança , Ministério da Saúde , Brasília (2009), págs. 211 – 228
20. J Cole MC Bellizzi , KM Flegal , WH Dietz Establecimiento de una definición estándar de sobrepeso y obesidad infantil en todo el mundo: encuesta internacional BMJ , 320 (2,000) , pp. 1 240 - 1.243 mil

21. OMS, Estándares de crecimiento infantil de la OMS: métodos y desarrollo, longitud / altura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la altura e índice de masa corporal para la edad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2006).
22. Estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos, 854, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (1995)
23. Ministério do Planejamento , Orçamento e Gestão , Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE , Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008–2009 Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil , Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE , Rio de Janeiro (2010)
24. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas Envejecimiento de la población mundial 1950-2050 , Naciones Unidas , Nueva York (2002)
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000. Estudos & Pesquisas. Informação Sociodemográfica e Socioeconômica , Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística , Rio de Janeiro (2002)
26. P Lloyd-Sherlock Vejez, migración y pobreza en los barrios marginales de Sao Paulo J Dev Areas , 32 (1998) , págs. 491 – 514
27. OMS Envejecimiento y curso de vida. Envejecimiento activo: un marco de políticas , Organización Mundial de la Salud , Ginebra (2002)

28. Miranda JJ, Kinra S, Casas JP, Davey Smith G, Ebrahim S. Enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios: contexto, determinantes y política de salud. *Salud Trop Med Int.* 2008; 13 (10): 1225–34.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011.
30. Bauman AE. Actualización de la evidencia de que la actividad física es buena para la salud: una revisión epidemiológica 2000-2003. *J Sci Med Sport.* 2004; 7 (1 Suppl): 6–19
31. Abbondanno U, Aerts G, Alvarez-Velarde F, Alvarez-Pol H, Andriamonje S, Andrzejewski J, et al. Medición de la sección transversal de captura de neutrones de ^{151}Sm en la instalación de tiempo de vuelo de neutrones del CERN (n_TOF). *Phys Rev Lett.* 2004; 93 (16): 161103.
32. Organización Mundial de la Salud: Riesgos para la salud mundial: mortalidad y carga de morbilidad atribuible a riesgos importantes seleccionados. En. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
33. Dumith SC, Hallal PC, Reis RS, Kohl 3rd HW. Prevalencia mundial de la inactividad física y su asociación con el índice de desarrollo humano en 76 países. *Prev Med.* 2011; 53 (1–2): 24–8.
34. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Niveles globales de actividad física: progreso de la vigilancia, dificultades y perspectivas. *Lanceta.* 2012; 380 (9838): 247–57.
35. Shankar A, McMunn A, Steptoe A. Comportamientos relacionados con la salud en las relaciones de los adultos mayores con el nivel socioeconómico. *Am J Prev Med.* 2010; 38 (1): 39–46.

36. Negin J, Cumming R, de Ramirez SS, Abimbola S, Sachs SE. Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre los adultos mayores en las zonas rurales de África. *Salud Trop Med Int.* 2011; 16 (5): 640–6.
37. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. Una evaluación comparativa del riesgo de la carga de enfermedad y lesión atribuible a 67 factores de riesgo y grupos de factores de riesgo en 21 regiones, 1990–2010: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2010. *Lancet.* 2012; 380 (9859): 2224–60.
38. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al. Perfil de recursos de datos: Estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos (SAGE). *Int J Epidemiol.* 2012; 41 (6): 1639–49.
39. Naidoo N. Estudio de la OMS sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos (SAGE) Ondas 0 y 1 Información de muestreo para China, Ghana, India, México, Rusia y Sudáfrica. En: SAGE Working Paper No 5. 2012.
40. Bull FC, Maslin TS, Armstrong T. Cuestionario de actividad física global (GPAQ): estudio de confiabilidad y validez de nueve países. *J Phys Act Health.* 2009; 6 (6): 790–804.
41. Organización Mundial de la Salud. Directrices para el control y seguimiento de la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. p. 76–101.
42. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta conjunta de expertos OMS / FAO. En: Serie de Informes Técnicos de la OMS No 916. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

43. Organización Mundial de la Salud. Perímetro de cintura y relación cintura-cadera: informe de una consulta de expertos de la OMS. Ginebra, 8-11 de diciembre de 2008. Ginebra, Suiza: OMS; 2011.
44. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. El séptimo informe del comité nacional conjunto sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta: el informe JNC 7. *Jama*. 2003; 289 (19): 2560–71.
45. Organización Mundial de la Salud. Obesidad: prevención y gestión de la epidemia mundial. En: Serie de Informes Técnicos de la OMS 894. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
46. OMS. Índice de masa corporal apropiado para las poblaciones asiáticas y sus implicaciones para las políticas y estrategias de intervención. *Lanceta*. 2004; 363 (9403): 157–63.
47. UNPD. Perspectivas de la población mundial, revisión de 2010. En: División de Población de las Naciones Unidas (UNPD). 2011.
48. Duda RB, Anarfi JK, Adanu RM, Seffah J, Darko R, Hill AG. La salud de las “mujeres mayores” en Accra, Ghana: resultados del Estudio de salud de la mujer de Accra. *J Cross Cult Gerontol*. 2011; 26 (3): 299–314.
49. Pang W, Li Z, Sun Z, Zheng L, Zhang X, Xu C, et al. Prevalencia de hipertensión y factores asociados entre los adultos mayores rurales: resultados de la provincia de Liaoning, China. *Med Princ Pract*. 2010; 19 (1): 22–7.
50. Ruixing Y, Jiaqiang D, Dezhai Y, Weixiong L, Shangling P, Jinzhen W, et al. Efectos de las características demográficas, los comportamientos relacionados con la salud y los factores de estilo

de vida sobre la prevalencia de la hipertensión en las personas de mediana edad y de edad avanzada en las poblaciones de Guangxi Hei Yi Zhuang y Han. *Riñón Blood Press Res.* 2006; 29 (5): 312–20.

51. Tsai AC, Liou JC, Chang MC. Entrevista para estudiar los determinantes de la hipertensión en adultos mayores en Taiwán: una encuesta transversal basada en la población. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007; 16 (2): 338–45.
52. Kowal P, Arokiasamy P, Lopez Ridaura R, Yong J, Minicuci N, Chatterji S. Hipertensión en países en desarrollo. *Lanceta.* 2012; 380 (9852): 1471.
53. Andreyeva T, Michaud PC, van Soest A. Obesidad y salud en europeos de 50 años o más. *Salud pública.* 2007; 121 (7): 497–509.
54. Peltzer K, Phaswana-Mafuya, N, Ramlagan, S. Prevalencia de la obesidad y factores asociados en sudafricanos de 50 años o más. *Afr J Phys Health Educ Recreat Dan.* Suplemento de diciembre de 2011, p772.
55. Estudios de cohortes de Asia y el Pacífico C. La carga del sobrepeso y la obesidad en la región de Asia y el Pacífico. *Obes Rev.* 2007; 8 (3): 191–6.
56. DiPietro L. Actividad física en la prevención de la obesidad: evidencia actual y temas de investigación. *Ejercicio deportivo Med Sci.* 1999; 31 (11 Suppl): S542–6.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	TEC. INSTRU	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuál es el impacto en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016?	<p>General:</p> <p>Determinar el impacto en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <p>Específicos:</p> <p>•Identificar la prevalencia de la Diabetes Mellitus en</p>	<p>General:</p> <p>Existe un impacto significativo en la salud pública de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <p>Específicos:</p> <p>•Existirá la prevalencia de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>	<p>•Prevalencia de las Enfermedades no transmisibles</p> <p>•Género</p> <p>•Grupo etario</p>	<p>Hipertensión arterial Diabetes mellitus Obesidad Otros</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>25 – 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años 50 años a más</p>	<p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Encuesta.</p> <p>Plan de tabulación de datos: Se hará uso del programa SPSS y</p>	<p>Población en estudio: Nuestra población en la cual se ejecutó se llegó a tener la participación de 247 pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo</p>

	<p>el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. Especificar la prevalencia de Asma en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. Desarrollar la prevalencia de obesidad en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> Existirá la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. Existirá la prevalencia de Asma en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. Existirá la prevalencia de obesidad en el adulto mayor del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. 			<p>Excel.</p> <p>Plan de análisis e interpretación:</p> <p>Se utilizará la prueba estadística del Chi cuadrado</p>	<p>2016.</p> <p>Selección de la muestra:</p> <p>Se contó con la participación de 150 pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>
--	---	--	--	--	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, identificado con DNI N°, en pleno uso de mis facultades mentales me comprometo a participar del estudio de "IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016" y declaro:

Haber sido informado de forma clara y precisa sobre el test a realizarse a mi menor hijo y la ficha a llenarse, sabiendo que este estudio tiene fines de investigación médica.

Estando de acuerdo una vez leído los documentos, de responder las preguntas.

Teniendo a mi favor el derecho de retirar mi participación durante el transcurso de la entrevista.

Fecha: / /

.....
Firma del padre de familia

.....
Huella digital del padre de familia

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

“IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016”

A continuación, se le planteará unas preguntas relacionadas con nuestro tema de investigación, son respuestas de opción múltiple.

1. Edad:

- a) 25 – 30 años
- b) 31 – 40 años
- c) 41 – 50 años
- d) 50 años a más

2. Género:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil:

4. Enfermedad no

transmisible

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) Obesidad
- d) Asma
- e) Otros

5. Tratamiento de Diabetes

Mellitus

- a) Si

- a) Casado
- b) No
- b) Soltero
- c) Viudo
- d) Divorciado
- e) Conviviente

7. Tratamiento de Hipertensión Arterial

- d) Nunca lo hago

- a) Si
- b) No

8. Tratamiento de Obesidad:

- a) Si
- b) No

9. Tratamiento de Asma

- a) Si
- b) No

10. Sensación de debilidad

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Casi nunca
- d) Nunca lo hago

10. Limitación en su nivel de energía

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Casi nunca

11. Aumento del cansancio

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Casi nunca
- d) Nunca lo hago

12. Cumple con sus
medicamentos a la hora
correcta

- a) Siempre
- b) Frecuentement
e
- c) Casi nunca

d) Nunca lo hago



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACION DE EXPERTOS