



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LA
POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES ATENDIDOS EN EL PUESTO
DE SALUD DE MASHUAN – ANCASH,**

2018

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA**

AUTORA:

LIC. ENF. TEOLINDA JULIA VARGAS ARCE

ASESORA:

MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

HUARAZ - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

MGTR. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

PRESIDENTA

MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA

MIEMBRO

MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida,
por iluminar mi camino en los momentos
más difíciles y darme la fortaleza para
seguir adelante.

A mi madre por su
paciencia y cariño
incondicional.

A mis hijos Christian y Luis
por ser los Principales fuentes de mi
fortaleza Para nunca rendirme.

De manera especial a mi asesora
Mgtr. Elsa Palacios por guiarme con su
conocimiento y sabiduría para hacer realidad
el presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a la memoria de mi padre. A mi madre por su paciencia, su cariño y por ser ejemplo de lucha y perseverancia.

A mis hermanos y hermanas quienes fueron mi fortaleza y mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles durante el desarrollo del presente trabajo.

A mis hijos Christian y Luis, quienes son mi fortaleza, mi motivación, mi inspiración y las ganas de seguir superándome.

Nuevamente a mi asesora Mgtr. Elsa Palacios por compartir su conocimiento, su paciencia y dedicación para culminar el presente trabajo

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA.....	iv
I. PRESENTACIÓN.....	1
II. HOJA DE RESUMEN	5
2.1. TÍTULO DEL PROYECTO	5
2.2. LOCALIZACIÓN:.....	5
2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA.	5
2.4. INSTITUCIÓN QUE LO REPRESENTA:	5
2.5. DURACIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO:.....	5
2.6. COSTO TOTAL:	6
2.7. RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO	6
III. JUSTIFICACIÓN.....	7
IV. OBJETIVOS.....	34
OBJETIVO GENERAL.....	34
OBJETIVOS ESPECÌFICOS	34
V. METAS:.....	34
VI. METODOLOGÍA	35
6.1. LINEAS DE ACCION Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	35
6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO:	40
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	41
7.1. BENEFICIOS	45
VIII. RECURSOS REQUERIDOS.....	46
8.1. Recursos materiales para sesión educativos (4 sesiones)	46
8.2. Recursos materiales para el taller de sensibilización. (4 talleres)	46
8.3. Recursos/ insumos de, alimentos para sesiones demostrativos (4 sesiones 20 raciones c/u)	47
8.4. Resumen del Presupuesto:.....	48
IX. CRONGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES	49
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALE	53
XI. COORDINACIONES INTERSECTORIALES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	58

I. PRESENTACIÓN

Las enfermedades no transmisibles en el adulto mayor es la enfermedad más frecuente y prevenible, que afecta entre el 20 y 50% de las personas adultas es uno de los factores de riesgo atribuidos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y su prevalencia se incrementa con la edad, siendo un problema social (1).

Los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de las ENT, se alinean con los acuerdos y tratados internacionales suscritos, las políticas y la organización del Estado peruano y el sistema de salud se adscribe al "Modelo de Atención Integral de la Salud Basado en Familia y Comunidad" para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles (1).

En los países en vías de desarrollo a medida que crecen sus economías, las enfermedades no transmisibles se hacen más frecuentes en gran parte debido a la adopción de estilos de vida "occidentales" y sus factores de riesgo como fumar, las dietas altas en grasas, la falta de ejercicio. La eliminación de tres factores de riesgo relacionados con comportamientos como el estilo de vida, la mala alimentación y el tabaquismo podrían reducir la mortalidad en un 35%. Por otro lado, el fenómeno de urbanismo ha hecho que la vida urbana esté a menudo asociada con niveles bajos de actividad física en relación a la vida rural tradicional, aumentando el riesgo de sobrepeso y obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (1).

El modelo de atención, es de carácter integral, familiar y comunitario, asume que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centra su atención en las familias: priorizando actividades de promoción de la salud, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables (1)

En el Perú según estudios realizados, se estimó que la mayor prevalencia de hipertensión arterial se da en la Costa 27.3%, en la Sierra es menos 18.8%, encontrándose mayor prevalencia en varones con 10.4% y 10.3% en mujeres (2).

Todas las personas adultas mayores tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y comunidad, así como el respeto a su dignidad y a un régimen legal de protección, de atención y seguridad (3).

El Estado Peruano establece la política nacional de salud y el Ministerio de Salud como ente rector tiene la responsabilidad de normar, conducir, supervisar y evaluar de manera descentralizada su cumplimiento, con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida, priorizando a la población en situación de vulnerabilidad, promoviendo el ejercicio de sus derechos, el acceso a oportunidades y al desarrollo de sus propias capacidades (3).

El ministerio de Salud viene apostando por los proceso de accesibilidad teniendo estrategias y medidas como la detección temprana a través de la prevención primaria y secundaria captación, tamizaje de la enfermedades no trasmisibles llegando a una captación, diagnóstico temprana y tratamiento oportuno (1).

Todo lo mencionado nos hace ver que los tamizajes en la actualidad tenemos a disposición para detectar tempranamente las enfermedades no transmisibles es de fácil uso, bajo costo y de alta efectividad por lo que debemos mejorar la situación actual del adulto mayor en el Puesto de Salud Mashuan.

Es así que los últimos años se ha identificado incremento de casos nuevos de diabetes, obesidad, en especial la hipertensión en adultos mayores, por lo que debemos fomentar al adulto mayor y familia en , cambios de estilos de vida y todas las posibles complicaciones, siendo todo ello una preocupación por parte del personal de salud, en la prevención de las enfermedades no transmisibles y que también se debe involucrar agentes comunitarios de salud, actores sociales para juntamente desarrollar estrategias para mejorar acceso al establecimiento de salud a población adulta mayor y familiares que desconocen sobre los factores de riesgos, tamizaje y complicaciones.

En el contexto de la problemática que se tiene en nuestra población es importante mejorar la prevención primaria incrementando factores protectores y reduciendo factores de riesgos comunes modificables de enfermedades no transmisibles en población adulta mayor.

Dentro de este argumento en el actual “Trabajo académico titulado” **MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE MASHUAN- HUARAZ, 2018** encontraremos toda la metodología de cómo abordaremos el problema, el planteamiento de objetivos y el

plan de trabajo, se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del “Sistema Nacional de Inversión Pública y del autor Bobadilla” Espero que el presente trabajo sea de utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática de los centros laborales.

II. HOJA DE RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL PROYECTO

MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ATENDIDAS EN
EL PUESTO DE SALUD DE MASHUAN - ANCASH, 2018

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Olleros

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA.

Población directa: Población adulta mayor del ámbito de atención del
Puesto de Salud de Mashuan.

Población indirecta: Los familiares y el equipo de salud del Puesto de
Salud Mashuan.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO REPRESENTA:

Puesto de Salud Mashuan, Micro Red de Salud San Nicolás, Red de Salud
Huaylas Sur.

2.5. DURACIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO: 2 años

Fecha de inicio: Junio del 2018.

Fecha de término: Junio del 2020.

2.6. COSTO TOTAL:

2086.40

2.7. RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El presente trabajo académico se realiza, con el propósito de mejorar prácticas saludables en la población adulta mayor atendidos en el Puesto de Salud Mashuan como alimentación saludable, actividad física, de esa manera disminuir los casos de enfermedades no trasmisibles y por ende las complicaciones cardiovasculares.

Debido a los estudios realizados en muchos países muestran el incremento de enfermedades no trasmisibles en la población adulta mayor cuanto más edad tienen se incrementa por ello, el presente trabajo busca mejorar las prácticas saludables a través de Líneas de acción como Gestión, Capacitación, Información, Educación: Adecuación de consultorios diferenciados, atención preferencial, autocuidado en los afectados y familiares. También incluye la elaboración del Plan de capacitación del personal de salud, talleres a los agentes comunitarios de salud, actores sociales, sesiones educativas y demostrativas a los afectados y familias.

Como profesional de enfermería, tenemos el compromiso con la sociedad y con nosotros mismos, en incrementar factores protectores y reducir los factores de riesgo para fomentar condiciones de vida saludable y mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor y familia.

III. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo académico se desarrolla con la finalidad mejorar el conocimiento de la población adulta mayor afectado y familia por enfermedades no transmisibles como: Es la hipertensión, diabetes, obesidad, enfatizando en factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo atendidos en el Puesto de Salud Mashuan. Los factores de riesgo se dividen en factores de riesgo no modificables como: la raza, sexo masculino y antecedentes familiares y los factores modificables como: el estilo de vida (Malos hábitos alimenticios, inactividad física, consumo de sustancias toxicas).

En cuanto al aporte a la profesión de enfermería, el presente estudio permitirá mejorar la calidad de atención a la población adulta mayor, tomando énfasis en toma de la presión arterial, especialmente en la población adulta mayor.

Así mismo, el presente trabajo académico tiene como objetivo mejorar el nivel de conocimiento del adulto mayor y su familia en estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades no trasmisibles. Así como prevenir el desarrollo de estrategias y/o actividad preventiva promocional con participación del afectado y familias, orientados a fortalecer estilos de vida saludable y prevenir las complicaciones.

El presenta plan de estudios contiene líneas de acción que van mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, de esta manera contribuir a la disminución casos y prevenir complicaciones.

De igual manera contar con información precisa para toma de decisiones que contribuyan mejorar la calidad de vida.

Las enfermedades no transmisibles es una de las enfermedades que viene incrementando en la población adulta mayor. Los datos de la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), del 2016 el 73% de la población adulta en México padecía sobrepeso u obesidad: siete de cada 10 adultos, cuatro de cada 10 jóvenes y uno de cada tres niños (1).

El año 2015, según el reporte Obesity Update, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad, y los países con mayor prevalencia son (4):

Estados Unidos, con 38.2

México, con 32.4%

Nueva Zelanda, con 30.7%

Los países con menor nivel prevalencia de obesidad en adultos son Japón 3.7% y Corea del Sur 5.3%. Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030. Mujeres y hombres con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de padecer obesidad en la mayoría de los países. La desigualdad educativa y socioeconómica influye en que exista más obesidad, debido a obstáculos en el mercado laboral lo cual refuerza esas desigualdades. Atender la obesidad en el entorno laboral podría contribuir a romper con el ciclo de desigualdad social (4).

En las Américas, la diabetes afecta tanto a mujeres como a hombres 8,4% en mujeres y 8,6% en hombres. Sin embargo, las mujeres presentan tasas más altas de obesidad 29,6% versus 24% en hombres (4).

En el Perú 2017, la población femenina que padece la enfermedad de diabetes alcanzó el 10,8%; porcentaje mayor que la población masculina, 6,5%, esta brecha se observa también en el 2016 (5).

A nivel de región natural, en el 2017, los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en Lima Metropolitana con 9,4% y en el resto Costa con 8,7%; y, los menores porcentajes en la Selva y Sierra, con 7,9% y 8,0%, respectivamente (5).

La prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada como hipertensa, fue de 18,6% en el 2017. En el 2016, esta prevalencia fue de 17,6%. Siendo más afectados los hombres (20,0%) que las mujeres (17,3%) (5).

La mayor proporción son residentes en Lima Metropolitana con 22,2%, Resto Costa con 17,9%, seguido por la Selva y Sierra con 15,8% y 15,6%, respectivamente. Según región, los mayores porcentajes de personas con prevalencia de hipertensión arterial y diagnóstico, se ubican en la provincia de Lima 22,4%, Provincia Constitucional del Callao 20,6%, Tacna 20,3%, Ica 19,9%, Región Lima 19,6%, Cajamarca y Tumbes 19,3% cada uno. Y entre los menores porcentajes destacaron Ucayali 11,7%, Huánuco 12,0%, Cusco 12,9%, Junín 13,0%, Huancavelica 14,2% (5).

En el 2017, el 3,3% de la población fue diagnosticada con diabetes mellitus alguna vez en su vida; este porcentaje se incrementó en 0,4 puntos porcentuales con respecto al 2016. La población femenina fue la más afectada 3,6% con respecto a la masculina 3,0%. Asimismo, según región en 2017, el mayor incremento de

personas con diabetes se encuentran es de Lima Metropolitana 4,1% y Resto Costa 4,0% y menor porcentaje en la Sierra 1,8% y Selva 2,7% (5).

En el 2017, entre las personas que refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes, 73,3%, recibieron tratamiento al menos una vez, para controlar la enfermedad. Se advierte un incremento de 2,9 puntos porcentuales con respecto al 2016 (5).

Por región natural, las personas de 15 y más años de edad que accedieron a medicamentos para tratar la diabetes fueron en Lima Metropolitana el 77,3%; seguido de la Selva con 73,3%; resto Costa con 72,0% y menor porcentaje en la Sierra con 63,9% (5).

El 36,9% de las personas, presentan sobrepeso. Esta situación se ha incrementado en 1,4 puntos porcentuales en comparación con el 2016. Según sexo, el 37,5% de los hombres y el 36,3% de las mujeres tenían sobrepeso, en el momento de la encuesta. En el Resto Costa el 39,3% de personas de edad resultaron con sobrepeso, seguido de Lima Metropolitana con 38,0%, Selva con 35,2% y Sierra con 33,7% (5).

Las personas que presentaron mayor porcentaje de sobrepeso residen en Moquegua 40,8%, Arequipa 40,5%, Madre de Dios 40,4%, Ica 40,2%, Región Lima 39,4%, Piura 39,4%, Provincia Constitucional del Callao 39,0%, con sobrepeso mayor que el promedio nacional 36,9% (5).

En el 2017, la Encuesta encontró que el 21,0% de las personas sufren de obesidad. En el 2016 esta prevalencia fue de 18,3%. Por sexo, el 24,7% de mujeres resultaron se obesas y en hombres el 17,2%. Según área de residencia, en el área urbana el 23,6% padece de obesidad (5).

Según región, los mayores porcentajes de personas de con obesidad residen en Tacna (33,6%), Madre de Dios 29,3%, Moquegua 28,6%, Provincia Constitucional del Callao (7,3%, Ica 26,7%), Tumbes 26,2% y provincia de Lima 26,0% ad y en el área rural el 11,0% (5).

Las enfermedades no trasmisibles es uno problemas para la salud del adulta mayor por sus consecuencias sanitarias de salud, sociales y económicas en particular en población vulnerable, las muertes por enfermedades no trasmisibles son prematuras es decir ocurren antes de los 70 años de edad, en comparación a enfermedades trasmisibles prevenibles (1).

Los factores de riesgo modificables, consumo de alcohol, se asocia con el riesgo de desarrollar se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no trasmisibles, incluyendo la dependencia del alcohol, así como las lesiones no intencionales, incluyendo las debidas a accidentes de tráfico y la violencia. Más de la mitad de estas muertes se debió a enfermedades no trasmisibles, principalmente por las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus, asimismo, se atribuye al consumo de alcohol (1).

Inactividad física, es uno de los diez principales factores de riesgo de mortalidad global. Los adultos que no son suficientemente activos físicamente tienen 20% a 30% más riesgo de mortalidad por cualquier causa en comparación con los que son suficientemente activos físicamente. La actividad física regular reduce el riesgo de enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus y cáncer de mama y de colon. Además, la actividad física regular influye en el gasto de energía y por lo tanto realiza el equilibrio de la energía, el control del peso y la prevención de sobre peso y la obesidad (1).

Consumo de sodio en la dieta, se asocia con mayor riesgo de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. La principal fuente dietética de sodio a nivel mundial es la sal, también se puede encontrar en otras formas. La principal fuente de consumo de sodio en la dieta depende del contexto cultural y los hábitos alimenticios de la población, en muchos países la fuente principal son los alimentos procesados (1).

Consumo de tabaco, es actualmente una de las principales causas de muertes evitables en el mundo. Los riesgos para la salud son resultado no sólo de consumo directo de tabaco sino también a la exposición pasiva al humo de tabaco. El consumo de tabaco representa el 7% de todas muertes en mujeres y el 12% de todas las muertes en hombres a nivel mundial, con tasas de tabaquismo que varían ampliamente a través de las regiones. A nivel mundial, la prevalencia de tabaquismo es aproximadamente cinco veces mayor en los varones que las mujeres (1).

La hipertensión arterial, es una patología crónica que consiste por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de ≥ 160 mmHg y ≥ 90 mmHg para hipertensión sisto-diastólica (6).

Hipertensión Primaria en la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria, se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria (6).

La hipertensión secundaria es producida por una causa identificable menor de 5% del total de casos de hipertensión. Entre ellos destaca:

- Enfermedades renales parenquimal o renovascular
- Enfermedades endocrinas: Hipo e hipertiroidismo síndrome de Cushing.
- Micelánicas: tumores, coartación de aorta, enfermedades de paget.
- Medicamentos: Anticonceptivos hormonales, corticoides, agentes vaso constrictores, antidepresivos, antiinflamatorios, anfetaminas (7).

El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo, por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio. La hipertensión arterial esencial, o hipertensión de causa no determinada, es responsable de más del 90% de los casos

de hipertensión vistos en la práctica médica. El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anormalidades dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición. Como efecto la vasoconstricción, la noradrenalina y la vasodilatación de la Acetilcolina. Toda esta inervación vasomotora se supervisa fundamentalmente a la acción del centro vasomotor (en el bulbo), el cual, al mismo tiempo recibe influencias diversas: la del centro respiratorio, la del seno carotideo, la de los nervios aórticos y otros estímulos químico y presorreceptores arteriales y venosos. Asimismo influye la tensión de anhídrido carbónico circulante. También se le da importancia a la acción de centros corticales superiores y del encéfalo para una buena regulación del centro vasomotor (8).

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, la presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos (8).

Entre los factores no modificables se encuentra:

Edad. El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad, es siempre mayor para la sistólica, que pueden aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica (8).

Sexo. De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en el hombre que en la mujer, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres (8).

Raza. Existen evidencias de que hay mayor prevalencia en la raza negra y un pronóstico menos afortunado, dada la repercusión sobre los órganos diana en este grupo (7).

Herencia. La aparición de hipertensión arterial es más frecuente si los padres son hipertensos (8).

Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se conoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla (8).

Obesidad. Se calcula que la prevalencia de hipertensión arterial es el 50% mayor entre personas obesas que entre las que están en su peso normal. El hipertenso obeso tiene un mayor gasto cardíaco y menor **resistencia periférica total**, por tanto este hipertenso tiene un estado circulatorio hiperkinético con un aumento progresivo de las cifras tensionales (8).

Dietas ricas en sodio. El concepto de "sensibilidad a la sal" tiene su origen y fundamentos en estudios que demuestran que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a medida que se hace más importante el consumo de sal en la población.

Factores psicosociales. Las tensiones emocionales mantenidas / reiteradas pueden desencadenar reacciones vaso-presoras con hipertensión arterial, condicionadas por múltiples factores que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive (7).

La tensión arterial tiene dos componentes (7):

Tensión sistólica: Es el número más alto, representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.

Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón (7).

Clasificación de la Hipertensión Arterial

Categoría	Sistólica (mmhg)	Diastólica (mmhg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120-139 y/0	80-89
Hipertensión		
Estadio 1	140-159 Y/0	90-99
Estadio 2	>=160-179 Y/0	>=100-109

Los signos y síntomas de la hipertensión son muy variados, desde la ausencia total de sintomatología por lo que se le conoce como “el enemigo silencioso”, hasta la pérdida de memoria, hemorragia nasal, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, zumbidos de oídos, ver destellos de luz, temblores lentos y náuseas y vómitos. Su tratamiento consiste en mantener la presión arterial dentro de límites normales con tratamiento a base de fármacos y cambios en el estilo de vida (8).

Cuando la presión arterial se mantiene alta por mucho tiempo, puede causar daños al cuerpo y provocar complicaciones, como:

Aneurismas, enfermedad renal crónica, cambios cognitivos, lesiones en los ojos, ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica accidente cerebrovascular (9).

Metodología para la medición de la presión arterial

- Usar tensiómetro calibrado y validado, se refiere tensiómetro de mercurio.
- Persona debe estar sentado, en reposo por lo menos 5 minutos antes de la toma de presión arterial, con los pies apoyados en el piso y el brazo descubierto, extendido a la altura del corazón.
- En la primera visita se debe realizar la medición de la presión arterial en ambos brazos y considerar el brazo de mayor valor para mediciones futuras.
- El brazalete debe ser colocado a 2 cm. Por encima de la flexura del codo.
- Insuflar hasta que desaparezca el pulso palpatorio.
- Luego de determinar la presión sistólica palpatorio, una siguiente insuflada debe ser hecha hasta 30mmhg, por encima del nivel de desaparición del pulso palpatorio y la velocidad del desinflado a 2mmhg por segundo.
- La presión arterial sistólica, es el punto de aparición del primer ruido y la diastólica, es el punto de desaparición del ruido (7).

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina (10).

Diabetes mellitus tipo 1 se desarrolla por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo cual conduce a la disminución total de insulina. La etiología de la destrucción de las células beta de manera regular es autoinmune pero también existen casos de origen idiopático (10).

Diabetes mellitus tipo 2: determinada por el defecto relativo de la insulina o incremento de la resistencia de su acción. Es el tipo más común y su incidencia es casi alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma silenciosa y progresiva (10).

La diabetes mellitus gestacional: se manifiesta por hiperglucemia que suele desarrollarse en el transcurso del embarazo y que supera los valores superiores a los normales. En las mujeres con diabetes gestacional se incrementa riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto (10).

Los diferentes tipos específicos de diabetes: como defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (10).

Las consecuencias frecuentes de la diabetes

- Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.
- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Según un estudio realizado en varios países, un 50% de los pacientes diabéticos muere de enfermedad cardiovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación (10).
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 1% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- La diabetes es una de las principales causas de insuficiencia renal.
- La diferencia de los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes (10).

La persona con diabetes presenta un riesgo de 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces de ceguera, 2 a 5 veces mayor accidente cerebro vascular encefálico y entre 2 y 3 mayor infarto al miocardio (10).

Entre los factores de riesgo:

Estilos de vida

- Sedentarismo

- Malos hábitos alimenticios, consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos incrementan el riesgo de diabetes tipo 2.
- Tabaquismo del uso desmesurado de fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes tipo 2.
- Consumo excesivo de alcohol (10).

Factores hereditarios

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus, aumenta el riesgo en personas y familiares fundamentalmente de primer grado de consanguinidad (10).

Antecedentes personales

Interpretación de la glicemia en ayunas (10).

Valores	Interpretación
< 100 mg/dl	Normal
100 – 125 mg/dl	Glicemia en ayunas alterada
≥ 126 mg/dl	Diabetes Mellitus

Interpretación de la glicemia a las 2 horas post – carga

Valores	Interpretación
< 140 mg/dl	Normal
140 – 199 mg/dl	Intolerancia a la glucosa
≥ 200 mg/dl	Diabetes mellitus

- Síndrome metabólico incrementa el riesgo de tener diabetes mellitus 2 de 3 a 5 veces.
- Sobre peso y obesidad cuando IMC mayor o igual 25kg/m^2 .
- Etnia. Los nativos, mestizos latinoamericanos, raza negra y asiáticos están en riesgo de tener diabetes mellitus.
- Edad. Población adulta mayor (10).

Los síntomas de la diabetes mellitus son clásicos poliuria, polidipsia, polifagia y disminución de peso; ocasionalmente podría presentar visión borrosa, astenia, escozor (10).

Los síntomas clínicas pueden diferenciarse según las complicaciones que presenta la persona como adormecimiento, espasmo muscular, hormigueo, dolor tipo ardor en miembros inferiores en complicaciones con neuropatía diabética (7).

Algunas veces puede llegar a presentar una crisis hiperglucémica cuyas signo y síntomas clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (7).

- Dislipidemias: hipertriglicemia $> 250\text{mg/dl}$ en adultos.
- Hipertensión arterial: presión arterial $> 140/90$ mmhg (7).

Según la Organización Mundial de Salud la obesidad es el aumento exceso de grasa corporal hasta llegar ser nocivo para la salud. Las guías clínicas actuales utilizan los puntos de corte con base en el índice de masa corporal; de peso normal

18.5 a 24.9 kg/m²; sobrepeso de 25 a 29.9 kg/m²; obesidad clase I de 30 a 34.9 kg/m²; obesidad clase II de 35 a 39.9 kg/m² y obesidad extrema ó clase III mayor o igual a 40 kg/m². Pero, en la edad adulta disminuye la masa magra y se aumenta la masa grasa, redistribuyéndose en el área abdominal. Además, y suele ocurrir una disminución de estatura, aproximadamente de 3 cm en hombres y 5 cm en mujeres, entre los 30 y 70 años de edad como resultado de la compresión vertebral. De esta manera, los cambios en la composición corporal podrían subestimar la obesidad basada en el IMC. La distribución grasa puede ser más importante que la grasa corporal total como factor de riesgo de enfermedad, especialmente en los adultos mayores. Una circunferencia de cadera mayor de 102 cm en varones y 88 cm en mujeres se considera obesidad abdominal (11).

La obesidad es el resultado del equilibrio entre la ingestión y el gasto de energía. Si la ingestión de energía se conserva en un nivel muy alto para determinado gasto energético o si el gasto de energía se mantiene a un nivel muy bajo para una determinada ingestión energética, incrementa la obesidad. Se calcula que si la ingestión de energía pasa el gasto energético en 5% al día, dará como resultado un incremento de 5 kg (11).

La mayoría de los estudios demuestra que con la edad, la ingestión calórica no cambia, incluso baja. El aumento relacionado con la edad en la masa grasa es, en su mayoría, causado por el poco en el gasto de energía, secundario al incremento en la tasa metabólica basal y al efecto térmogénico de los alimentos (el incremento en la tasa metabólica durante la digestión de la comida), así como a disminución en la

actividad física. La suma de esta disminución en el gasto de energía con una ingestión calórica estable da como resultado una acumulación gradual de grasa (11).

El incremento de la obesidad en adultos mayores es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular y la mayoría de las causas de mortalidad en la población general. Está relacionada con diversas enfermedades que incluyen: diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diversos cánceres. Se han realizado estudios prospectivos que indican que la obesidad en el adulto sobrelleva a tasas significativamente elevadas de hospitalización y mortalidad en las personas que llegan a los 65 años de edad o más, a diferencia de aquellos con peso normal. Además, el sobrepeso y la obesidad se asocian con aumento del riesgo de discapacidad física y cognitiva, elevado riesgo de dependencia, hospitalización y costos para atención de la salud (11).

La obesidad conlleva a alteraciones en la función pulmonar, como: daño ventilatorio restrictivo, capacidad vital forzada, capacidad pulmonar total, capacidad funcional residual y volumen espiratorio de reserva. También puede aumentar la capacidad de difusión de monóxido de carbono y bajar la capacidad al ejercicio. La obesidad incrementa el riesgo y gravedad de muchos trastornos respiratorios: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apnea obstructiva del sueño y síndrome de obesidad-hipoventilación, así como complicaciones respiratorias posoperatorias, como atelectasias y tromboembolismo venoso. La obesidad también se ha asociado incremento del riesgo de enfermedad renal

crónica. En personas de edad avanzada puede relacionarse con baja de la filtración glomerular más acelerada de lo esperado. El flujo plasmático renal, la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona y la presión intraglomerular aumentan con la obesidad, independientemente de que también incrementa el riesgo de diabetes e hipertensión, las causas más comunes de enfermedad renal. Los adultos mayores con IMC mayor de 35 tienen más riesgo (11).

El IMC, muestra el porcentaje de grasa corporal, es generalmente la medida indirecta estandarizada para determinar la obesidad y el sobrepeso (3).

La fórmula utilizada para calcularlo es:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (metros)}^2}$$

Clasificación de la valoración nutricional de las personas adultas mayores.

Clasificación	IMC
Delgadez	< 23,0
Normal	>23 a < 28
Sobre peso	>28 a < 32
Obesidad	> 32.

El IMC es tan certero como la densitometría para la determinación de sobrepeso y riesgo metabólico. Sus limitaciones son que no distingue entre la masa

grasa y la magra, los valores de corte pueden ser diferentes en los adultos mayores y en el resto de la población (3).

El perímetro abdominal a diferencia del IMC, el perímetro abdominal es una forma de identificar la obesidad abdominal asociada con el tejido graso visceral. La adiposidad está relacionado con: hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2 e aumento del riesgo de mortalidad. Los puntos de corte de 102 cm para hombres y 88 cm en mujeres, originalmente basados en las curvas de regresión que identificaban los valores de la circunferencia de la cintura con el IMC correspondiente con sobrepeso.

Clasificación de riesgo de enfermar según edad y perímetro abdominal.

Sexo	Riesgo		
	Bajo	Alto	Muy alto
Varón	<94cm	>74cm	>102cm
Mujer	<80cm	>80cm	>88cm

La población adulta está constituido por todas las personas mayores de 60 años a más. La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales, de acuerdo a las necesidades de salud a través de la ficha de atención integral, con la finalidad de brindar los cuidados de salud según 4 categorías (12).

Persona adulta mayor activa saludable, es aquella sin antecedentes de riesgo ni síntomas atribuidas a patología aguda, sub agudas o crónicas, el fundamental es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (12).

Persona adulta mayor enferma presenta alguna afección aguda, sub aguda, crónica habitualmente no invalidante, el objetivo es la atención del daño, la rehabilitación y las acciones preventiva promocionales (12).

Personal adulta mayor frágil cumple 2 o más de las siguientes condiciones.

- Edad 80 años a más.
- Dependencia parcial según su valoración.
- Deterioro cognitivo leve o moderado.
- Manifestaciones depresivas.
- Riesgo social, según escala de valoración.
- Caídas.
- Pluripatologías.
- Enfermedad crónica incapacidad funcional parcial.
- Incide de masa corporal menor a 23 o mayor de 28.

El objetivo en adulta mayor frágil es la prevención y la atención dependiendo de las características y complejidad (12).

Adulta mayor geriátrico complejo cumple tres o más de las siguientes condiciones.

- Edad 80 años o más.
- Pluripatología o enfermedad principal incapacitante.

- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación a su estado de salud.
- Paciente terminal.

El objetivo principal es la asistencia, tanto terapéutico como rehabilitador, según requiera de atención geriátrico especializado (12).

El conocimiento son hecho o información adquirida por una persona a través de la experiencia, o información recibida. Los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos, experiencia, razonamiento, enseñanza aprendizaje todos los procesos de aprendizaje a los que una persona se expone durante su vida no si más que agregar o incrementar a lo que ya existe (13).

Conocimiento Empírico basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, Conocimiento Científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes, conocimiento explícito sabemos que lo tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello, conocimiento tácito es inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido. Conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción, conocimiento revelado implica que todos los fenómenos que envuelve

son inteligibles, implicando para ello, siempre una actitud de fe, teniendo un fuerte peso en el comportamiento humano (13).

La teorista Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar atención de calidad, en cualquier situación relacionado salud – enfermedad en las personas enfermas, personas que están tomando decisiones sobre su salud y para las personas sanas que desean mantener o modificar conductas de riesgo (14).

Orem plantea el autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado (14).

Universales: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana (14).

De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e

implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia (14).

Se puede afirmar que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades (14).

Según base Legal:

- R.M 226 – 2016 Lineamiento de políticas Estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT) 2016-2020, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población peruana a través de la disminución de carga de morbilidad, discapacidad prevenible.
- Decreto Supremo Nro. 009-2008-SA, que aprueba el reglamento de la Ley 28553, Ley General de protección a las personas con Diabetes.
- Decreto Supremo Nro 007-2015-SA, que aprueba el reglamento que establece los parámetros técnicos sobre los alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas referentes al contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas.
- Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, que aprueba Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento, Control de la Enfermedad Hipertensiva.

- Resolución Ministerial N° 162-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Consulta Nutricional para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Persona Joven, Adulta y Adulta Mayor.
- Resolución Ministerial N° 209-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Gestión para la Promoción de la Actividad Física para la Salud".
- Resolución Ministerial N° 719-2015/MINSA, Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, en el Primer Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 491-2009/MINSA guía de práctica clínica para prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el Primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial 240-2013/MINSA Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor.

Estrada D. (15), en España 2014 en su estudio: Determinar el nivel de conocimientos de la hipertensión (HTA) y el riesgo cardiovascular que tienen los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina. Con una muestra de 54 pacientes, 46% mujeres con una edad media de 72 años. Los resultados, el 39% no sabe lo que es la hipertensión y el 70% dice que nadie se lo ha explicado y solo un 39% considera la HTA un proceso para toda la vida. El 65% considera la presión elevada a partir de 160/95. Por lo respecta a los factores asociados con la HTA, un 52% no es capaz de enumerar ninguno. Referente a la medicación solo un 61% dice que es para toda la vida y 28% dice que se puede abandonar cuando

la presión se normalice. El conocimiento de los pacientes sobre la HTA y el riesgo asociado sigue siendo bajo, en cambio los riesgos de la elevación de la presión arterial y la dieta son más conocidos.

Xiap E. (16), En Guatemala 2014 en su estudio “Nivel de conocimiento del paciente diabético” estableció que el 87.6% del total de pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento Inadecuado sobre su enfermedad, el 90% de ellos corresponde al género femenino; el 98.8% se encuentran entre 4ta-6ta década de la vida, el 99.5% tienen una antigüedad de diagnóstico de la diabetes de 10-20 años, el 77%.

David R, Rodríguez M. (17), en Venezuela 2015 en su estudio Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral. Resultados: existió un predominio de pacientes mayores de 65 años para el 32,19 %. El 55,47 % conocían qué era la hipertensión, sin embargo, el 51,36 % reflejaron conocimientos regulares sobre la enfermedad. El 67,80 % de los pacientes reconocieron como factor predisponente los antecedentes familiares, además, distinguieron la obesidad con 76,71 %, el sedentarismo con 105 (71,91 %) y el tabaquismo con 88 pacientes 60,27 %. La mayoría de los pacientes identificaron, el control del peso con 76,71 %, la práctica de ejercicios físicos 71,91 % la eliminación de hábitos tóxicos 60,27 % y la eliminación de situaciones de estrés 51,37 %. La hipertensión predominó en los mayores 65 años.

Álvarez E. (18), en Perú 2014, en su estudio nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. La población estuvo

conformado por un total de 30 adultos mayor del centro de Adulto Mayor “TaytaWasi” En cuanto a los aspectos generales de la población de estudio, se entrevistó a 100%, adultos mayores sin hipertensión arterial y se encontró que en relación al sexo 100%, de los encuestados, 66.6%, son del sexo femenino y el 33.4%, corresponden al sexo masculino. En cuanto al grado de instrucción el 66.6%, tiene grado de instrucción primaria completa frente a un 33.4%, que no tiene primaria completa. En cuanto al conocimiento de su peso 81.81%, si conoce su peso frente a un 18.19%, que no conoce su peso. En lo que respecta a conocer el valor de su presión arterial 72%, tiene conocimiento frente a un 28% que no tiene conocimiento.

Borjas A. (19), En Lima Perú 2016 en su estudio Conocimiento sobre autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de ventanilla, La mayoría de los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, 72% tiene un nivel de conocimiento medio sobre su autocuidado, el 24% nivel alto y 4% bajo. Sobre autocuidado en pacientes adultos mayores afectados con diabetes mellitus tipo II, el 76% presentó nivel medio en las dimensiones cuidado de los pies y en la actividad física 86%. Con referencia a la alimentación, el 78% exhibió nivel medio, 14% alto y sólo 8% bajo. De acuerdo a tratamiento farmacológico el mayor porcentaje 74% mostró nivel medio y con tendencia bajo 20%.

Tafur C, Vásquez L. (20), en Iquitos Perú 2017 en su estudio Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de

atención del adulto mayor del hospital Regional del de Loreto: El 98.1% conocen que el consumo de sal aumenta la presión arterial, el 50.0% de los adultos mayores comprenden que la obesidad es la causa más importante de la presión alta, el 71.2% conocen que las tensiones emocionales mantenidas y reiteradas pueden causar presión alta. La presión alta puede probar insuficiencia cardiaca eso saben el 63.5% De igual manera es de conocimiento del 67.3% de los adultos mayores que las lesiones en los ojos puede ser provocado por la presión alta. Es de conocimiento que la presión alta puede provocar enfermedad renal del 73.1. Mientras que el 98.1% saben que comiendo frutas y/o verduras ayudan a disminuir la presión alta. Así como la disminución del consumo de sal en las comidas.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorando el conocimiento de la población adulta mayor en enfermedades no transmisibles atendidos en el Puesto de Salud Mashuan – 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acceso a los servicios de salud de población adulto mayor.
- Conocimiento de la población mayor y familiares sobre la prevención de enfermedades no transmisibles.
- Apoyo de agentes comunitarios de Salud y actores sociales sobre la prevención de enfermedades no transmisibles en Adulto Mayor.

V. METAS:

- 60% de la población adulta mayor pone en práctica la prevención de enfermedades no transmisibles.
- 50% de la población adultas mayores acuden a los servicios de salud para prevención, diagnóstico y tratamiento ENT.
- 01 servicio implementado para población adulta mayor.
- 4 capacitaciones al personal de salud en captación y descarte de enfermedades no transmisibles en población adulta mayor.
- 4 talleres de sesiones educativas y demostrativas en hábitos alimenticios saludables para población adulta mayor y familia.
- 4 sesiones educativas en prácticas saludables a la familia del adulto mayor y familia.

- 4 talleres de sensibilización a agentes comunitarias de salud y actores sociales en prevención de enfermedades no transmisibles.
- 02 visitas de seguimiento por el personal de salud y/o agente comunitario de salud.

VI. METODOLOGÍA

6.1. LINEAS DE ACCION Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las estrategias para el presente trabajo académico es implementar consultorio diferenciado, capacitación al personal de salud, talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud, actores sociales y familiares.

Fomentar involucramiento de todo el personal, actores sociales y familia para sostenibilidad del presente trabajo académico que a continuación se describen:

GESTIÓN:

La gestión en salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. “Está conformado por un conjunto de herramientas organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios, dichas herramientas permiten mejorar la calidad de los servicios de salud y la gestión local desde la familia y la comunidad (21).

En Puesto de Salud Mashuan no cuenta con un consultorio específico para atención del adulto mayor, por lo que se tiene que gestionar para la dotación de un consultorio exclusivo para atención del adulto mayor.

ACTIVIDADES:

A 1 Implementación de consultorio para atención de adulto mayor.

- Reunión del equipo de salud para organizar la implementación de consultorio diferenciado de acuerdo a la realidad de la población adulta mayor y según la normativa vigente.
- Solicitar a la jefatura la designación de un ambiente.
- Designar al personal responsable para la atención del adulto mayor.

CAPACITACIÓN

La capacitación consiste en formar, instruir, entrenar, buscando que la persona adquiera capacidades o habilidades para el desarrollo de determinadas acciones. A la vez es un proceso educativo que acompaña a la persona desde su origen que ocurre de manera continua y dinámica (22).

La capacitación en control de enfermedades no transmisibles llevará adelante un plan de reorientación de los servicios de salud para la atención de personas con enfermedades crónicas que mejore la calidad de atención y favorezca la adherencia a los tratamientos de las personas que las

padecen. Serán un proceso de conformación de los equipos de salud que se involucraran en la problemática de enfermedades no transmisibles.

El proceso educativo acompaña al ser humano desde su origen, es parte integrante de la vida y ocurre de manera continua, dinámica en diferentes tiempos y espacios. Durante muchos años el proceso educativo en enfermería se ha basado en el conductismo, con un aprendizaje por repetición y de esencia autoritaria; sin embargo, la tendencia actual responde a una teoría constructivista, donde las enfermeras sean críticas y analíticas en el ejercicio profesional. Esto requiere de la aplicación de un proceso educativo revolucionario, que permita amalgamar el aprendizaje previo, la experiencia y las características personales e institucionales (22). En el Puesto de Salud Mashuan no hay actualización al personal de salud en atención integral al adulto mayor, menos aún en descarte y prevención de enfermedades no transmisibles.

A 2 Capacitar al personal de Salud en captación oportuna de enfermedades no transmisibles.

- Capacitación al personal de salud en la captación oportuna de enfermedades no transmisibles en población adulta mayor.
- Coordinación con la jefatura del Puesto de Salud para capacitación.
- Convocar al personal de salud para la capacitación.

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

La educación en salud es una práctica social concreta establecida en sujetos particulares, profesionales y usuarios, ejecutando acciones dentro de las familias buscando autonomía, habilitándose para elegir y decidir (23).

La información, educación y comunicación, es una estrategia para la información y transmisión de conocimiento, que promueven la sensibilización y cambio de estilos de vidas saludable, todo el personal de salud debe realizar IEC, en los servicios y atenciones extramurales durante las visitas domiciliarias (23). Es evidente que en el Puesto de salud Mashuan no se realiza Información. Educación y Comunicación (IEC) específico al adulto mayor.

Las acciones para la presente intervención son:

B1. Talleres de sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos saludables para población adulta mayor.

- Designar al personal responsable del programa educativo.
- Elaborar el contenido del programa educativo.
- Exponer el programa educativo con apoyo de rotafolios.
- Realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos con bajo contenido de sal y grasa, incluir frutas y verduras en la dieta diaria.

B2. Realizar sesiones educativas en prácticas saludables a familia del adulto.

- Sesiones educativas sobre la importancia de actividad física en adulto mayor.
- Sesión educativa en prevención del consumo de alcohol.

SENSIBILIZACIÓN

La sensibilización está orientado hacia el cambio de actitud y comportamiento. El objetivo será que la población cambie su visión o costumbre respecto a determinados hecho, la sensibilización busca concientizar a las personas a asumir con responsabilidad su autocuidado (24). Los adulto mayores temen realizarse exámenes de laboratorio, a la vez rechazan acudir al establecimiento de salud por lo tanto, en esta línea de intervención se buscará el apoyo de los agentes comunitarios de salud y actores sociales para un trabajo coordinado, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

C1. Taller de sensibilización a los agentes de comunitarios de salud y actores sociales en de prevención de enfermedades no trasmisibles.

- Coordinar con los agentes de salud comunitarios para el taller.
- Planificar y ejecutar talleres de sensibilización a los agentes comunitarios de salud y actores sociales.

C2. Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de ACS a adultos mayores con enfermedades no transmisibles.

- Elaborar un plan de visitas, tomando en cuenta disponibilidad de tiempo de los agentes comunitarios de salud.
- Identificar a los adultos mayores con enfermedades no transmisibles.
- Realizar visita domiciliaria con acompañamiento de agentes comunitarios de salud.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO:

La sostenibilidad del trabajo académico estará a cargo del equipo de salud del Puesto de Salud Mashuan, la enfermera como responsable de la estrategia sanitario del adulto mayor tiene el compromiso de coordinar y dar sostenibilidad de este trabajo académico.

Las políticas del MINSA, es de brindar atención integral a todo adulto mayor que acuda al establecimiento de salud independientemente su estado de salud, todo adulto mayor tiene el derecho de recibir el paquete de atención incluido los exámenes de laboratorio.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

MATRIZ DE SUPERVISION

JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUNTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN
Propósito: Mejorando el conocimiento de la población adulta mayor en enfermedades no transmisibles atendidos en el Puesto de Salud Mashuan.	60% de la población adulta mayor pone en práctica sobre los temas aprendidos.	Número de población adulta mayor con conocimiento de ENT $\frac{\text{Número de población adulta mayor con conocimiento de ENT}}{\text{total de población adulta mayor}} \times 100$	Entrevistas y visitas domiciliarias	Trimestral.	Lista de cotejo
Resultados: 1- Acceso a los servicios de salud de población adulta mayor	50% de la población adulta mayor acuden a los servicios de salud para prevención, diagnóstico y tratamiento ENT	Número de adultos mayores que acuden a los servicios de salud $\frac{\text{Número de adultos mayores que acuden a los servicios de salud}}{\text{Total de adultos mayores}} \times 100$	Registro de atención. Historias clínicas.	Mensual	Lista de cotejo.

<p>2. Conocimiento del adulto mayor y familia sobre la prevención de ENT</p>	<p>4 sesiones educativas y demostrativas desarrollados sobre alimentación y estilos de vida saludable en adulto mayor.</p>	<p>Número de sesiones educativas realizados sobre hábitos alimenticios saludables y prácticas saludables _____ x 100 Total de población adulta mayor.</p>	<p>Vistas domiciliarias</p>	<p>Semestral.</p>	<p>Lista de cotejo.</p>
<p>3. Apoyo de ACS y actores sociales sobre la prevención de enfermedades no transmisibles en adulto mayor.</p>	<p>80% ACS y actores sociales sensibilizados.</p>	<p>Número ACS y actores sociales con conocimiento en prevención de ENT _____ X 100 Total de actores sociales.</p>	<p>Registro de participantes.</p>	<p>Semestral</p>	<p>Lista de cotejo.</p>

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DE MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO
Acceso a los servicios de salud de población adulta mayor	A1. Implementación de consultorio para atención de adulto mayor.	01 de consultorio implementado para atención para de adulta mayor.	Consultorio implementado para atención del adulto mayor _____x 100	Consultorio implementado	Semestral	Consultorio implementado .
	A2. Capacitar al personal de salud en captación oportuna de enfermedades no transmisibles.	4 capacitaciones al personal de salud en captación y descarte de ENT en población adulta mayor.	Total de EE.SS Número de personal capacitado _____x 100 Total de personal.	Registro de participantes	Semestral	Lista de cotejo.
Conocimiento del adulto mayor y familia sobre la prevención de ENT	B1 Talleres de sesiones educativas y demostrativas en preparación alimenticios para adulta mayor.	4 talleres de sesiones educativas y demostrativas en hábitos alimenticios saludables para adulto mayor.	Número talleres en sesiones educativas y demostrativas realizadas _____ x 100 Total de talleres programadas	Registro de participantes.	Semestral	Lista de cotejo.

	B2. Sesiones educativas en prácticas saludables a las familias de la población adulta mayor.	4 sesiones educativas en prácticas saludables a familias del AM.	Número de sesiones educativas _____x100 Total de sesiones programadas	Registro de participantes	Semestral	Lista de cotejo.
Apoyo de ACS y actores sociales sobre la prevención de ENT en AM	C1. Talleres de sensibilización a ACS y actores sociales en temas de prevención de enfermedades no transmisibles. C2. . Visita de seguimiento con apoyo de ACS a adultos mayores con enfermedades no transmisibles.	4 talleres de sensibilización a ACS y actores sociales en prevención de enfermedades no transmisibles. 60% de adulta mayor con ENT visitado con apoyo de ACS-	Número de ACS y actores sociales que participan en talleres de sensibilización _____x100 Total de talleres programadas Número de adultos mayores con ENT visitado _____x 100 Total de adulta mayor con ENT.	Libro de acta de talleres Registro de visitas	Semestral Anual	Lista de cotejo Fichas de visitas

7.1. BENEFICIOS

BENEFICIOS CON ESTUDIO ACADÉMICO.

- Disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles del adulto mayor atendidos en el Puesto de Salud Mashuan.
- Incrementar factores protectores y reducir los factores de riesgo modificables,
- Prevenir las complicaciones cardiovasculares producidas por enfermedades no transmisibles.
- Mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

BENEFICIOS SIN ESTUDIO ACADÉMICO.

- Incremento de enfermedades no transmisibles del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Mashuan.
- Incremento de Factores de riesgo.
- Incremento de complicaciones cardiovasculares producidos por enfermedades no transmisibles.
- Incremento de secuelas por enfermedades cardiovasculares.
- Adultos mayores dependientes.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Recursos materiales para sesión educativos (4 sesiones).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO MENSUAL	COSTO TOTAL (2 años)
1	Cartulinas	10	10.00	40.00
2	Impresiones, fotocopias	100	10.00	40.00
3	Refrigerio	20	100.00	400.00
4	Gigantografía	1	20.00	80.00
5	Folletos, trípticos	30	15.00	60.00
6	Movilidad	20	100.00	400.00
COSTO TOTAL DE PROGRAMAS EDUCATIVOS				1020.00

8.2. Recursos materiales para el taller de sensibilización. (4 talleres).

ÍTEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO MENSUAL	COSTO TOTAL
1	Cartulina	5	5.00	20.00
2	Impresiones, fotocopias	20	2.00	8.00
3	Refrigerios	15	75.00	300.00
4	Gigantografia	1	20.00	80.00
5	Tripticos	20	10.00	40.00
OSTO TOTAL DE TALLERES				448.00

8.3. Recursos/ insumos de, alimentos para sesiones demostrativos (4 sesiones 20 raciones c/u).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO MENSUAL	COSTO TOTAL
1	Cocina	1	50.00	50.00
2	Balón de gas	1	38.00	152.00
3	Platos	20	20.00	80.00
4	Cubiertos	20	10.00	40.00
5	Hígado	1 kilo	5.00	20.00
6	Brócoli	1 kilo	2.00	8.00
7	Arroz	½ kilo	1.60	6.40
8	Espinaca	1 atado	1.00	4.00
9	Papa	1 kilo	1.50	6.00
10	Pepinillo	2 unidades	2.00	8.00
11	Pescado	1 kilo	7.00	28.00
12	Limón	½ kilo	2.00	16.00
13	Menestras	½ kilo	1.50	12.00
14	Pollo	1 kilo	8.00	32.00
15	Sal	1 bolsa	1.00	4.00
16	Aceite	½ litro	3.00	12.00
17	Manzana	1 kilo	2.50	20.00
18	Plátano	10 unidades	2.00	8.00
19	Mandarina	1 kilo	3.00	12.00
20	Naranja	1 kilo	5.00	40.00
COSTO TOATAL DE SESIONES EDUCATIVAS				558.40

8.4. Resumen del Presupuesto:

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Recursos materiales para programas educativo	1020.00	0.00	1040.00
Recursos materiales para el taller de sensibilización	448.00	0.00	468.00
Recursos / insumos alimentos para sesiones demostrativos.	558.40	0.00	578.40
TOTAL	2026.40	0.00	2086.40

IX. CRONGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Mejorando el conocimiento de la población adulta mayor en enfermedades no transmisibles atendidos en el Puesto de Salud Mashuan - 2018.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2019		2020		
			DESCRIPCION	COSTO	I	II	I	II	
1	Elaboración de trabajo académico.	1	Informe	500.00	X				Trabajo Académico elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico a la Micro Red San Nicolás y Red de Salud Huaylas Sur.	1	Informe	50.00		X			Trabajo Académico Presentado
3	Ejecución del trabajo Académico: Programa de Intervención.	1	Informe	2086.40		X			Trabajo Académico Ejecutado
4	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	20.00			X		Trabajo Académico Evaluado
5	Presentación de Informe Final.	1	Informe	150.00				X	Informe Final del Trabajo Académico presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Acceso a los servicios de salud de la población adulta mayor.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019		2020	
					I	II	I	II
1	Implementación de consultorio para atención de población adulta mayor.	Reunión del equipo de salud para organizar la implementación del consultorio de acuerdo a la realidad de la población adulta mayor y según la normativa vigente y realidad sociocultural de la población adulta mayor.	Reunión	10.00	x			
		Solicitar a la jefatura la designación de un ambiente. Designar al personal responsable para la atención del adulto mayor.	Solicitud		x			
2	Capacitar al personal de salud en la captación oportuna de enfermedades no trasmisibles, en población adulta mayor.	Capacitación al personal de salud en la captación oportuna de enfermedades no trasmisibles en población adulta mayor.	Solicitud	1020.00	x			
		Coordinación con la jefatura del Puesto de Salud para la capacitación. Convocar al personal de salud para actualización y sensibilización	Acta de coordinación	10.00	x			

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Incrementar el conocimiento del adulto mayor y familia sobre la prevención de ENT.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019		2020	
					I	II	I	II
1	Talleres de sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos para población adulta mayor	Designar al personal responsable del programa educativo.	Solicitud	10.00	x			
		Elaborar el contenido y presupuesto del programa educativo.	Plan de programa educativo		x			
		Exponer el programa educativo con el apoyo de rotafolios.	Programa educativo	558.40	x	x	x	x
		Realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos con poco contenido de sal, grasa, incluir frutas y verduras en dieta diaria.						
2	Realizar sesiones educativas en prácticas saludables en las familias de la población en adulta mayor.	Sesiones educativas sobre la importancia de actividad física en adulto mayor. Sesión educativa en prevención de hábitos tóxicos con participación de la familia	Programa educativo	10.00			x	x

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 03: Sensibilizar a Agentes Comunitarios de Salud y actores sociales.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019		2020	
					I	II	I	II
1	Taller de sensibilización a agentes comunitarios de salud y actores en la prevención de ENT en adulto mayor.	<p>Coordinar con agentes comunitarios de salud y actores sociales para la reunión.</p> <p>Planificar y ejecutar talleres de sensibilización sobre la prevención de ENT a ACS y actores sociales.</p>	<p>Solicitud</p> <p>Trabajo académico.</p>	448.00	x			
2	Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de ACS a adultos mayores con enfermedades no trasmisibles.	<p>Elaborar un plan de visitas, tomando en cuenta la disponibilidad de tiempo de ACS y actores sociales.</p> <p>Identificar a los adultos mayores con enfermedades no trasmisibles.</p> <p>Realizar visitas domiciliarias con acompañamiento de los ACS.</p>	<p>Trabajo académico</p> <p>Fichas de visita</p>	20.00		x		x

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico “MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MASHUAN, 2018” estará a cargo de la autora en coordinación con el jefe del establecimiento de salud, para organizar, dirigir y participar de las actividades del trabajo académico.

El personal del Puesto de salud Mashuan está preparada y calificada para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar en las actividades del proyecto “MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MASHUAN, 2018”.

XI. COORDINACIONES INTERSECTORIALES

Se establecerá coordinaciones con jefatura del Puesto de Salud de Mashuan, Micro Red San Nicolás y Red Huaylas Sur, autoridades locales, Municipalidad de Distrital de Olleros, para culminar el proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. de Resolución Ministerial N° 229/ que aprueba Lineamiento de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles Lima Perú 2006.
2. MINSA Resolución Ministerial N° 032 / que aprueba la Guía Técnica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva Lima Perú 2015.
3. MINSA Resolución ministerial N° 529 / que aprueba la norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima Perú 2006.
4. OCDE. *Obesity Update.* 2017. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017_ocde.pdf
5. INEI enfermedades no transmisibles y transmisibles, [2https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1526/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1526/libro.pdf).2017
6. Plaza, P. Hipertensión arterial. Madrid ,2015 [Citado, 25 octubre 2016].Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-ydel-corazon/hipertension-arterial.html>

7. MINSA Resolución Ministerial N° 491- guía de práctica clínica para prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el Primer nivel de atención Lima Perú 2009.
8. Hernández, H. Fisiopatología de la hipertensión arterial. Cuba. Cuba. [Citado, 25 octubre 2016].

<http://www.monografias.com/trabajos15/hipertensionarterial/hipertensionarterial>.
9. Marín. M. Causas Hipertensión Arterial. México .2011: [Citado, 9].
10. MINSA Resolución ministerial N° 719-2015/. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención Lima Perú. 2015
11. Garcia, T. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. 2012.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim122g.pdf>
12. Villena J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú 2017
13. MINSA Resolución Ministerial N° 240- Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor Lima Perú. 2013
14. Prado, L; González, Paz N. Gómez, Romero, k. Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Cuba 2014.
15. Estrada D; Jiménez. Nivel de conocimientos de la hipertensión (HTA) y el riesgo cardiovascular. España; 2014. [Citado, 25 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl010/tl010.PDF>.

16. Xiap E. Nivel de conocimiento del paciente diabético David, R; Rodríguez. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial. Venezuela; 2015. [Citado, 15 octubre 2016].
17. Álvarez, E. “Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Perú, 2014. [Citado 24 Setiembre 2016]. Disponible en [:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%811varez_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%811varez_re.pdf) descargado el Enero del 2019.
18. Borjas A. 2016 Conocimiento Sobre Autocuidado en Paciente Adulto mayor con Diabetes tipo 2 en el Hospital de Ventanilla.
19. Tafur P; Vázquez L.2017 Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de loreto, iquitos-2017
20. Facultad de Medicina UNMSM. Acerca de gestión en salud. [Internet]. 2018 [citado 28 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://gestiónensalud.medicina.unmsm.edu.pe/>
21. Ucha F. Capacitación. Definición ABC. [Internet]. 2009 [citado 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.definicionabc.com/general/capacitacion.php>
22. Tecoloco Honduras. ¿El profesional de salud debe estar en capacitación cosntante? [Internet]. 2017 [27 de enero de 2019]. Recuperado a partir de:

<https://www.tecoloco.com.hn/blog/capacitaciones-para-un-profesional-de-salud.aspx>.

23. V.L.G. Pereira Lima. Revista "Promotion & Education" Vol. VII. 2000/4. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

24. Moraleda V. ¿Es lo mismo sensibilizar, difundir, comunicar y visibilizar? [Internet]. 2010 [citado 30 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.socialco.es/es-lo-mismo-sensibilizar-difundir-comunicar-yvisibilizar/>

ANEXOS

ANEXO N° 01

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Caserío de Mashuan ubicada geográficamente al Sur del Provincia de Huaraz en el Distrito de Olleros, se encuentre a una altura de 3200 msnm.

El Puesto de Salud Mashuan pertenece a la Micro red San Nicolás, Red de Salud Huaylas Sur, DIRES Ancash, fue creado el 14 de Agosto de 1994. Según las últimas cifras del Instituto de Estadística e Informática (INEI) este puesto tiene asignada una población de 780 habitantes, de los cuales casi en su 70% hablan español, el 20% español y quechua, pero hay un mínimo porcentaje de pobladores que hablan el idioma quechua.

El Puesto de Salud Mashuan es un establecimiento de primer nivel de atención (I-1) donde laboran 1 Enfermeras, 1 Obstetra, 1 Técnico de Enfermería. Los mismos que son sectoristas y realizan actividades extramurales en las poblaciones vulnerables o de riesgo (niños, adultos mayores y gestantes) y aquellos que no acude al Puesto de salud, realizan visitas domiciliarias para efectivizar sus controles y sensibilizar a sus pacientes.

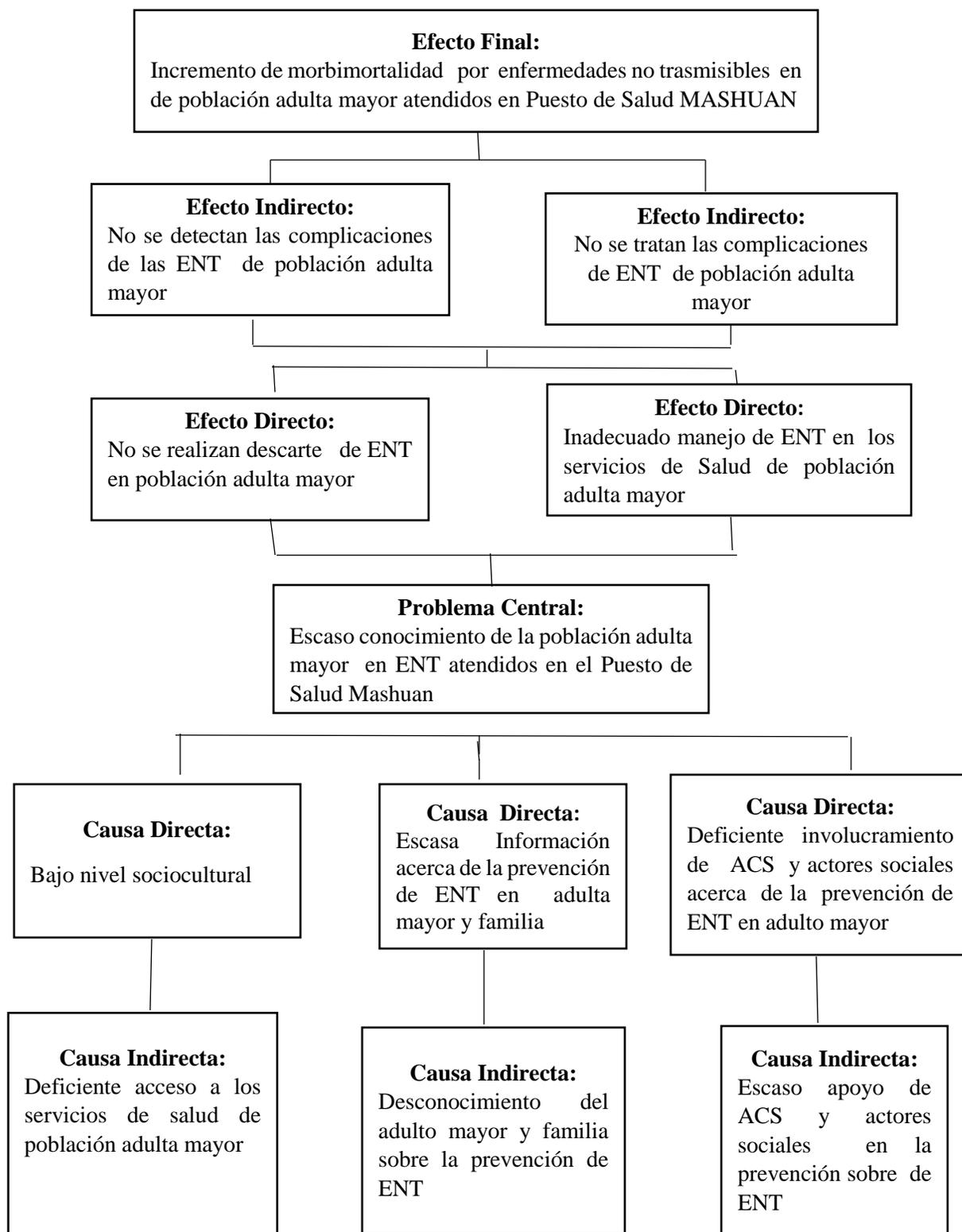
Este establecimiento es de primer nivel de atención y oferta los servicios de Consulta Externa (Medicina, Enfermería y Obstetricia,), atención de emergencia, atención de tópico y atención de farmacia y se expenden medicamentos genéricos. Además se brinda atención en programas preventivo promocionales, como: Control prenatal, planificación familiar, detección y manejo de infecciones de transmisión

sexual, Atención Integral de Salud del adolescente, joven, adulto y adulto mayor, consejería y detección de cáncer ginecológico - PAP, ESNI, TBC. Se brinda atención a todos los grupos etáreos a través de la promoción de la salud, seguro integral de salud (SIS), referencias y contrareferencias.

Como es la realidad nacional, este establecimiento funciona con muchas limitaciones, ya que tiene déficit de infraestructura, de equipamiento y abastecimiento escaso de medicamentos; lo que limita una adecuada atención sanitaria a la población usuaria.

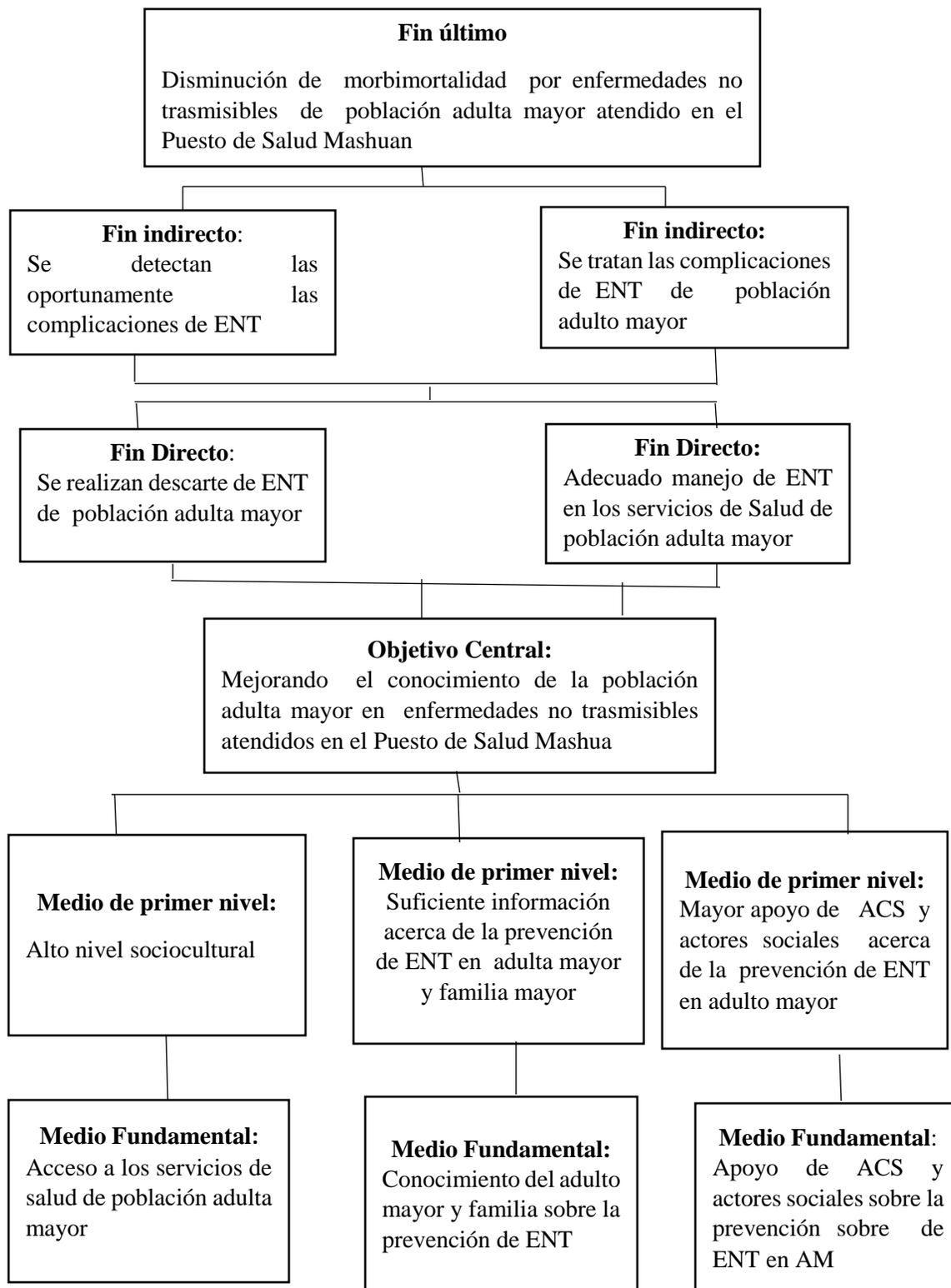
Aunado a esta problemática de carencias, se encuentra la problemática de los ingresos económicos, el Nivel Educativo, La Idiosincrasia de la población que habita en nuestra jurisdicción; lo cual influye de manera negativa especialmente en las personas Adultas Mayores afectándoles en su gran mayoría en sobre el conocimiento de la enfermedades no transmisibles.

ANEXO N° 02
GRÁFICO N° 1: ÁRBOL DE CAUSA EFECTO



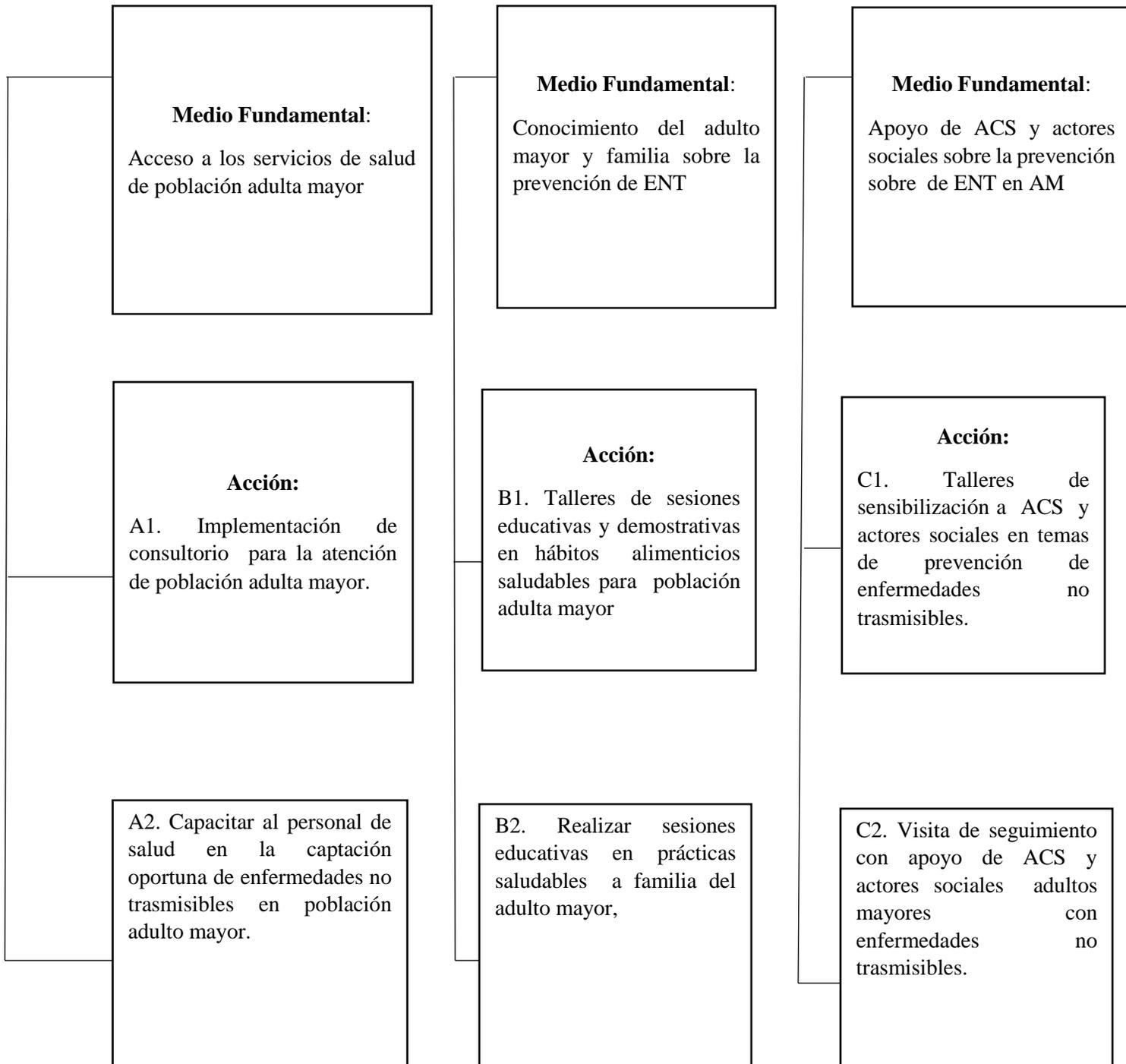
ANEXO N° 03

GRÁFICO N°: 02 ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO N° 04

GRÁFICO N° 03: ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



ANEXO N° 05
MARCO LÓGICO

Correspondencia					
	Resumen de objetivo	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
FIN	Disminución de morbilidad por enfermedades no transmisibles de población adulta mayor del Puesto de Salud de Mashuan.				
Propósito	Mejorando el conocimiento de la población adulta mayor de enfermedades no transmisibles atendidos en el Puesto de Salud Mashuan.	60% de la población adulta mayor pone en práctica sobre los temas aprendidos	Número de población adulta mayor con conocimiento de ENT $\frac{\text{-----}}{\text{Total de población adulta mayor}} \times 100$	Entrevistas y visitas domiciliarias	Adultos mayores y familias conocen la prevención de ENT
Componentes	Acceso a los servicios de salud de población adulta mayor	50% de la población AM acuden a los servicios de salud para prevención, diagnóstico y tratamiento ENT	Número de adultos mayores que acuden a los servicios de salud $\frac{\text{-----}}{\text{Total de adultos mayores}} \times 100$	Registro de atención. Historias clínicas.	Adultos mayores con acceso a los servicios de salud.
	Conocimiento del adulto mayor y familia sobre la prevención de ENT	60% de población adulta mayor informada en alimentación saludable	Número de adultos mayores informados en alimentación saludable $\frac{\text{-----}}{\text{Total de población AM}} \times 100$	Encuesta Vistas domiciliarias	Adultos mayores y familiares informados en alimentación saludable
	Apoyo de ACS y actores sociales sobre la prevención de ENT en AM	80% ACS y actores sociales capacitados.	Número ACS y actores sociales capacitados en prevención de ENT $\frac{\text{-----}}{\text{Total de ACS y actores sociales}} \times 100$	Registro de participantes.	ACS Y Actores sociales informados en prevención de ENT

ACCION ES	A1. Planificación y organización para implantar consultorios diferenciada para atención de adulta mayor	01 consultorio implementado para atención del adulto mayor.	Número de consultorio implementado para atención del adulto mayor _____x 100 Total de EE.SS	Consultorio implementado	EE.SS con consultorio implementado para atención de adultos mayores.
	A2. Capacitar al personal de salud en captación de ENT en población adulta mayor.	4 capacitaciones al personal de salud en captación y descarte de enfermedades no trasmisibles en población adulta mayor.	Número de personal capacitado _____x 100 Total de personal.	Registro de participantes	Personal de salud realiza la captación y descarte ENT en población adulta mayor.
	B1 Talleres de sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable para población adulta mayor.	4 talleres de sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos para población adulta mayor	Número Talleres en sesiones educativas y demostrativas realizadas _____x100 Total de talleres programadas	Registro de participantes.	Personas adultas mayores sensibilizadas en alimentación saludable
	B2. Sesiones educativas en prácticas saludables al adulta mayor y familia	4 sesiones educativas en prácticas saludables a familia del adulto mayor.	Número De sesiones educativas _____x100 Total de sesiones programadas	Registro de participantes	Adulto mayor y familias realizan prácticas saludables
	C1. Talleres de sensibilización a ACS y actores sociales en temas de prevención de enfermedades no trasmisibles.	4 talleres de sensibilización a ACS y actores sociales en prevención de enfermedades no trasmisibles.	Número de ACS y actores sociales que participan en talleres de sensibilización _____x100 Total de talleres programadas	Libro de acta de talleres	ACS y actores sociales sensibilizados en prevención de ENT
	C2. . Visita de seguimiento con apoyo de ACS y actores sociales a adultos mayores con enfermedades no trasmisibles.	2 visitas de seguimiento al adulta mayor con ENT con apoyo de ACS y actores sociales	Número de adultos mayores con ENT visitado _____x 100 Total de adulta mayor con ENT.	Registro de referencias	Población adulta mayor con ENT visitado

ANEXO 05
CURRICULO INSTITUCIONAL

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
MICRO RED SALUD SAN NICOLÁS
PUESTO DE SALUD MASHUAN

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO:

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: I,1

NOMBRE : Puesto de Salud Mashuan

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE : Ministerio de Salud.

DIRECCIÓN : Caserío de Mashuan

DEPARTAMENTO : Ancash

PROVINCIA : Huaraz

DISTRITO : Olleros

SEVICIO QUE BRINDA

- Enfermería

- CRED.

- ESNI.

- TBC.

- Manejo y tratamiento de IRA – EDA

- Paquete de Atención Integral de Adulto Mayor.

- Obstetricia.
 - Control Prenatal.
 - Consejería a gestantes.
 - Atención de Emergencias y Urgencias Obstétricas.
 - Planificación Familiar.
 - Paquete de Atención Integral del Joven y Adulto.
 - Consejería y Tratamiento de ITS
 - Consejería y detección de cáncer ginecológica.
 - Toma de PAP.
- Tópico.
- Farmacia.

HORARIO DE ATENCIÓN : lunes a sábado: 8.00am a 2.00pm

JEFE DEL PUESTO DE SALUD : Lic. Jeanne Casimiro León.

COLEGIO PROFESIONAL : Colegio de Obstetricia.

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ESTADO : Activo

CONDICIÓN : En Funcionamiento