

CAPÍTULO 1

Programa de Enfermedades No Transmisibles

1. Programa de enfermedades no transmisibles

1.1 Hipertensión

Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; contribuyendo a un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable[1].

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del círculo arterial es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos.

1.1.1 Presión arterial alta

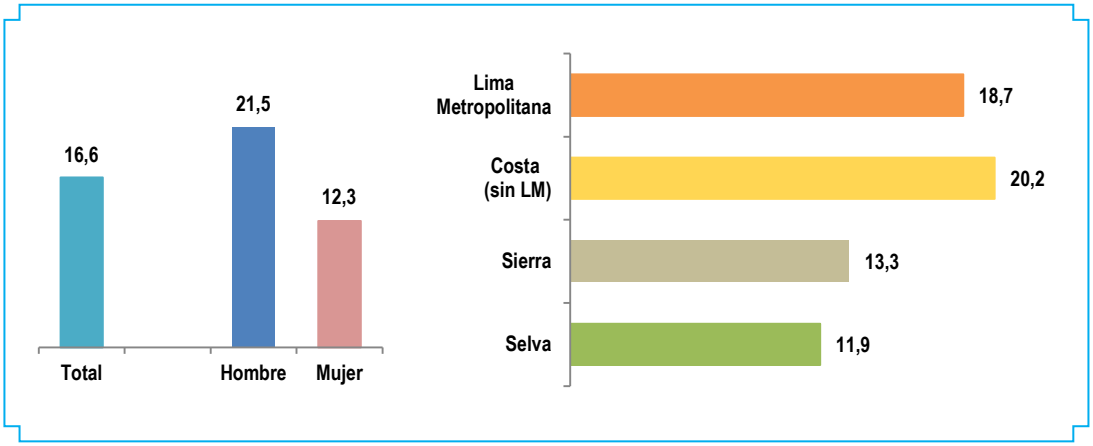
La presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales (como PAS >=140 mmHg. y/o PAD >=90 mmHg.), de la presión sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. Para ello, se realiza al menos dos mediciones completas, donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD, y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial.

De la población de 15 y más años de edad con presión arterial medida, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial; siendo los hombres más afectados (21,5%) que las mujeres (12,3%).

La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la Costa sin Lima Metropolitana (20,2%) seguido por Lima Metropolitana (18,7%); en tanto, la menor prevalencia se registró en la Selva (11,9%) y en la Sierra (13,3%).

1 Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. 2010, pág. i – 1.

GRÁFICO N° 01
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

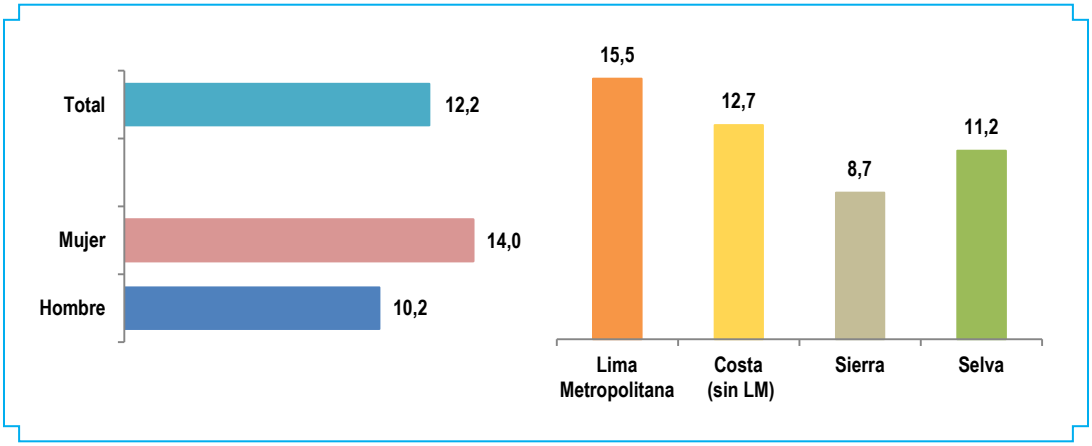
1.1.2 Hipertensión arterial por diagnóstico en los últimos 12 meses

La presión arterial alta diagnosticada por un profesional de salud en un establecimiento de salud, se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de hipertensión arterial.

El 12,2% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con hipertensión arterial por un médico o profesional de la salud. La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 14,0% y la masculina 10,2%.

Los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en Lima Metropolitana (15,5%) y Costa sin Lima Metropolitana (12,7%); y, los menores porcentajes en la Sierra (8,7%) y la Selva (11,2%).

GRÁFICO N° 02
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



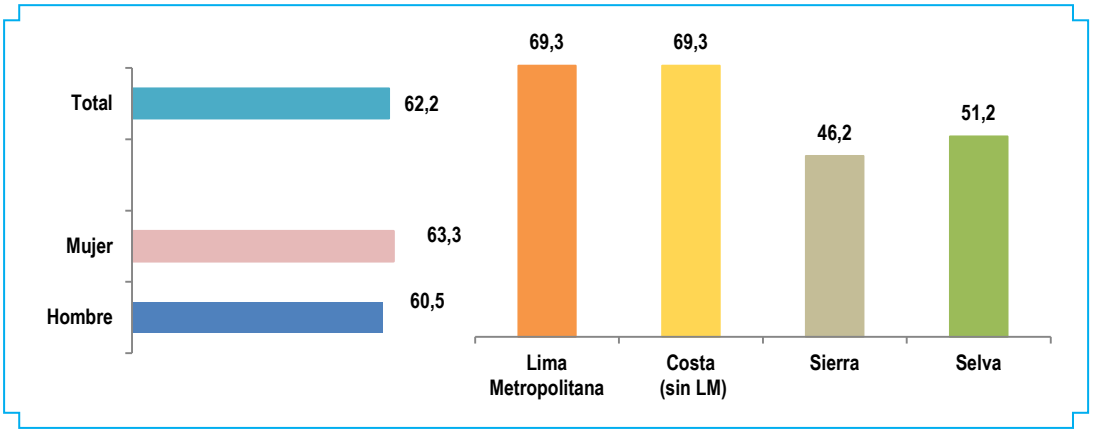
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Hipertensión arterial y tratamiento médico en los últimos 12 meses

De la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, el 62,2% ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,3% y la masculina 60,5%.

La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana y Costa sin Lima Metropolitana con 69,3% en cada caso; seguido por la Selva (51,2%) y Sierra (46,2%).

GRÁFICO N° 03
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.2 Factores de riesgo

Las enfermedades crónicas se desarrollan por un conjunto de factores de riesgo que en muchos de los casos son prevenibles; en tal sentido destacan el consumo de tabaco, la baja ingesta de frutas y verduras, el uso nocivo del alcohol y la obesidad.

1.2.1 Consumo de cigarrillos

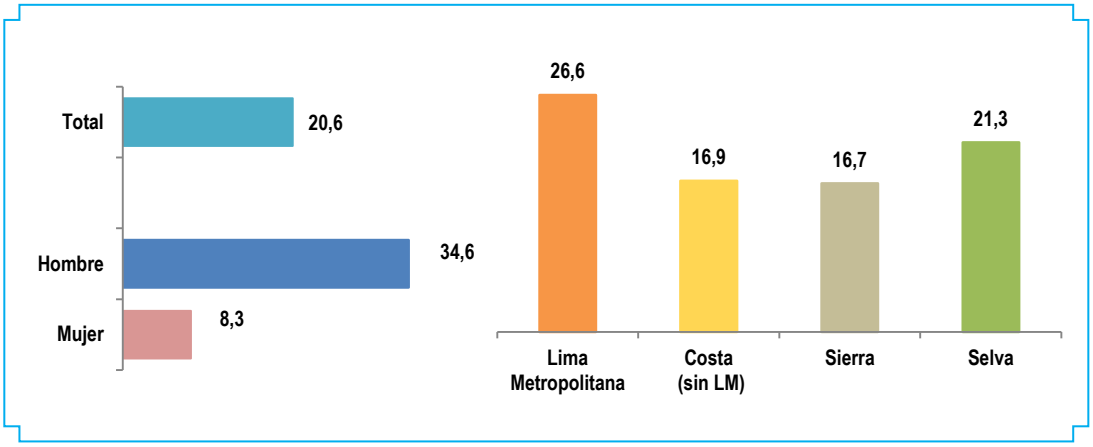
Consumo de cigarrillo en los últimos 12 meses

Si bien el rol del tabaco como factor causal de cáncer de pulmón es bastante conocido, este también está asociado al desarrollo de enfermedad vascular y por ende constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas. Actualmente se calcula que las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi la mitad de los decesos vinculados al consumo de tabaco en países desarrollados así como más de un cuarto de estos en países en vías de desarrollo.

El consumo de tabaco aumenta el riesgo de las enfermedades no transmisibles. Este comportamiento afecta a un 20,6% de la población de 15 y más años de edad que fumaron, en los últimos 12 meses, al menos un cigarrillo (de manufactura industrial o artesanal).

Según sexo, el consumo de cigarrillo es más recurrente en los hombres (34,6%) que las mujeres (8,3%). De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró en Lima Metropolitana (26,6%) y la Selva (21,3%) mayores porcentajes de consumo de cigarrillos en la población de 15 y más años de edad; no obstante, entre los menores porcentajes se ubican la Sierra (16,7%) y Costa sin Lima Metropolitana (16,9%).

GRÁFICO N° 04
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



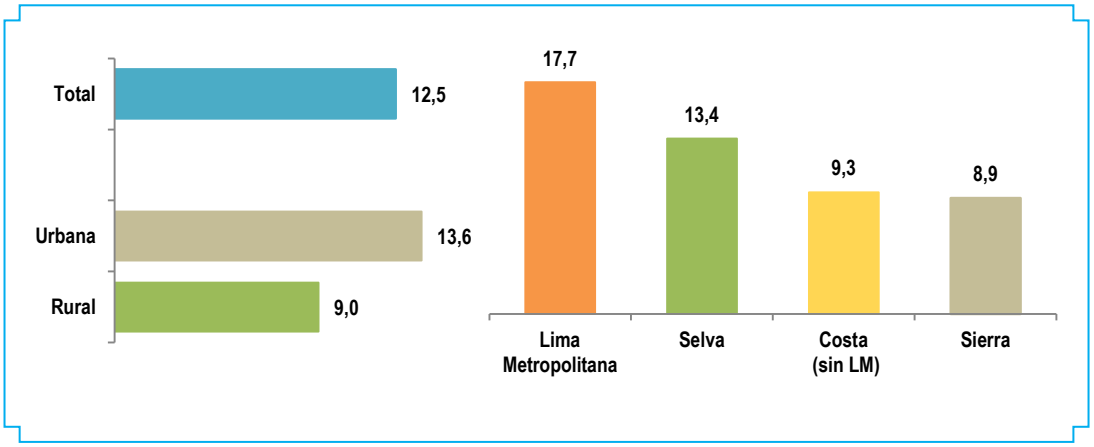
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Consumo actual de cigarrillo en los últimos 30 días

De la población de 15 y más años de edad encuestada, el 12,5% reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días. Según área de residencia, la prevalencia de consumo de cigarrillo fue 13,6% en el área urbana y 9,0% en el área rural.

Por región natural, los mayores porcentajes de personas que actualmente fuman, destacan en Lima Metropolitana (17,7%) y la Selva (13,4%); y el menor porcentaje, en la Sierra (8,9%) y Costa sin Lima Metropolitana (9,3%).

GRÁFICO N° 05
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE FUMAN, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.2.2 Consumo de alcohol

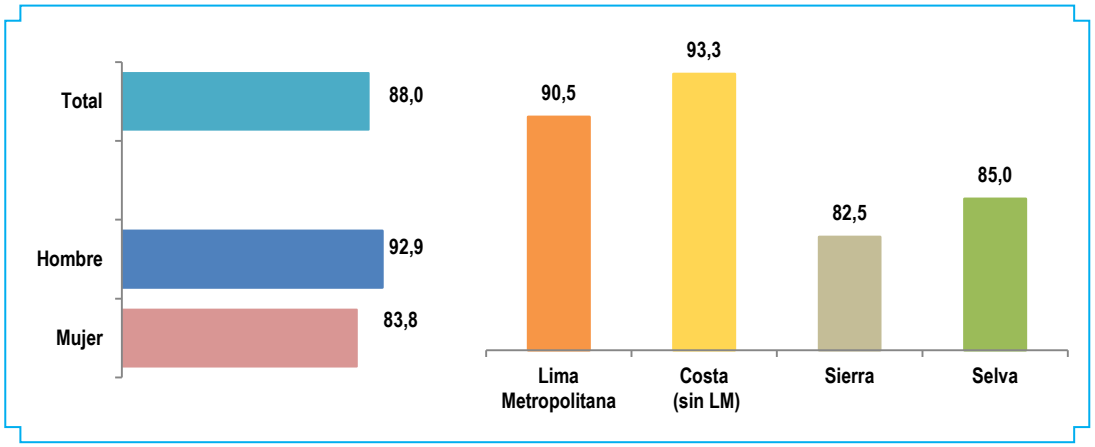
Personas que han consumido bebida alcohólica

El uso nocivo de alcohol está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 88,0% de las personas de 15 y más años de edad declararon que han consumido bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres, 92,9% que en las mujeres, 83,8%.

El mayor porcentaje de personas que tomaron algún tipo de licor, se encontró en Costa sin Lima Metropolitana donde un 93,3% tomó alguna bebida alcohólica, en su vida; y, en Lima Metropolitana con el 90,5%. El menor porcentaje se halló en la Sierra con 82,5% y la Selva con 85,0%.

GRÁFICO N° 06
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA VEZ ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



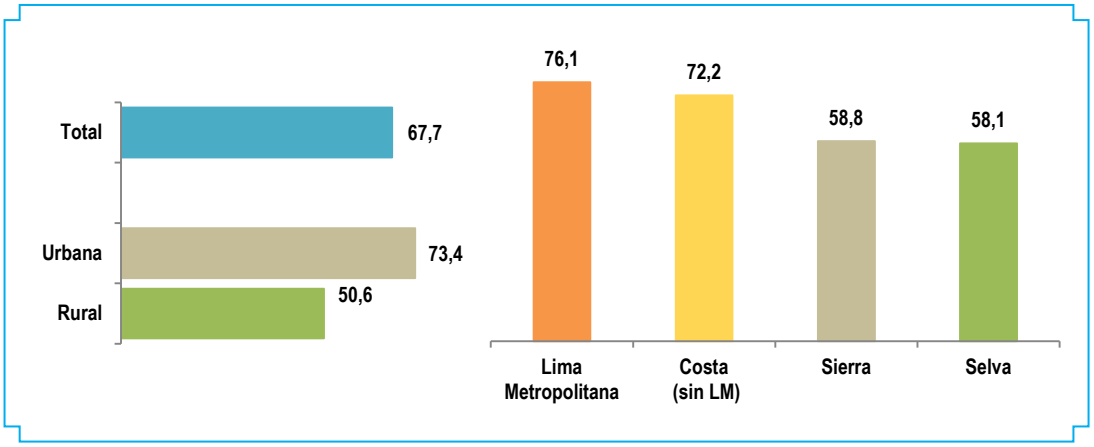
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Personas que han consumido bebida alcohólica en los últimos 12 meses

De las personas de 15 y más años de edad, el 67,7% consumió bebida alcohólica en los últimos 12 meses. Por otro lado, en el área urbana el 73,4% reportó consumir algún tipo de alcohol; así como el 50,6% del área rural.

En relación con la región natural, la mayor proporción de personas que consumieron bebida alcohólica residen en Lima Metropolitana (76,1%) y Costa sin Lima Metropolitana (72,2%); y, la menor proporción en la Selva (58,1%) y Sierra (58,8%).

GRÁFICO N° 07
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE HAN CONSUMIDO BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2013
(Porcentaje)

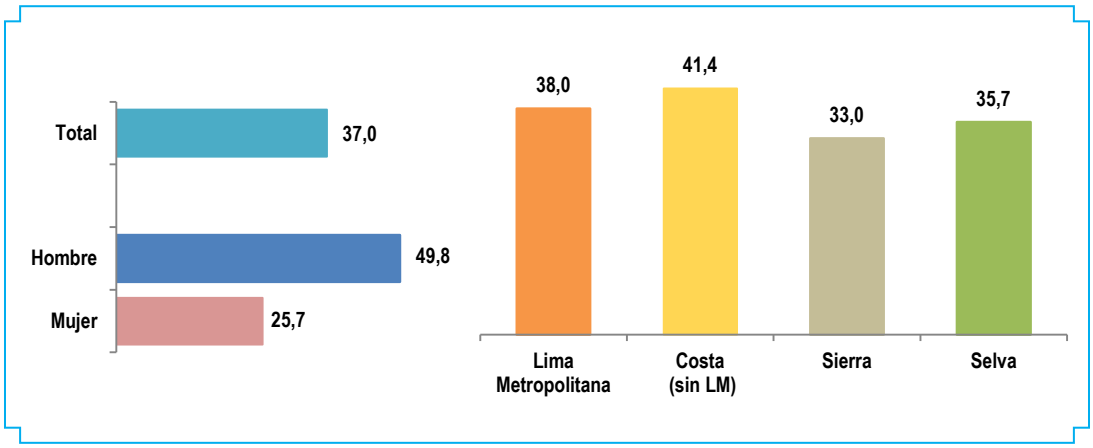


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Consumo actual de bebida alcohólica en los últimos 30 días

En los últimos 30 días anteriores a la encuesta, el 37,0% de las personas de 15 y más años de edad han consumido bebidas alcohólicas o licor. Registrándose la mayor prevalencia en Costa sin Lima Metropolitana (41,4%) y Lima Metropolitana (38,0%); en tanto, la menor prevalencia fue en la Sierra (33,0%). Al analizar por sexo, el consumo actual de bebida alcohólica es mayor en los hombres (49,8%) que en las mujeres (25,7%).

GRÁFICO N° 08
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE CONSUMEN ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



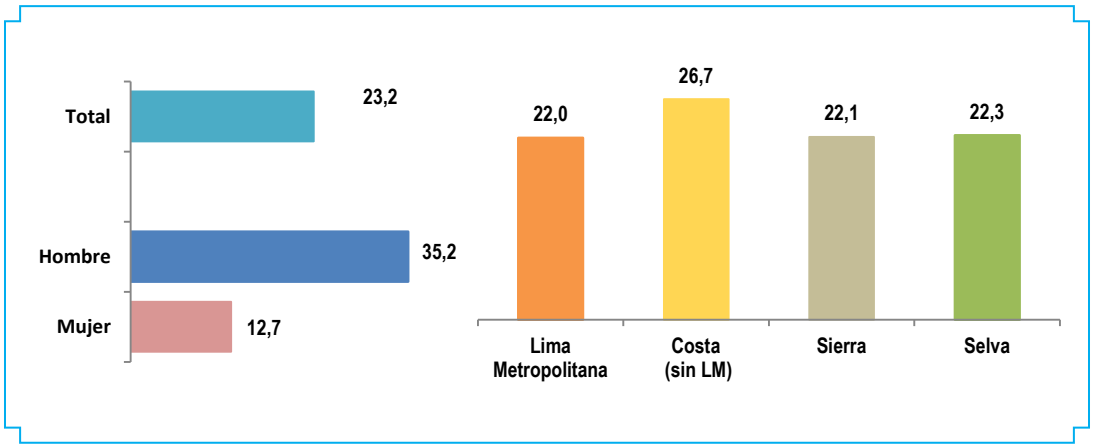
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Consumo excesivo de bebida alcohólica en los últimos 30 días

El consumo excesivo de alcohol se refiere cuando la persona en una ocasión puede presentar alteraciones significativas en la conducta y el raciocinio. A nivel nacional, dicho acontecimiento se reportó en 23,2% de personas de 15 y más años de edad. Este consumo fue más frecuente en los hombres, 35,2% que en las mujeres, 12,7%.

El mayor porcentaje de personas que manifestaron consumo excesivo de licor fue en Costa sin Lima Metropolitana, 26,7%, y el menor porcentaje se registró en Lima Metropolitana, 22,0%.

GRÁFICO N° 09
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON EVENTOS DE CONSUMO EXCESIVO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.2.3 Consuno de frutas y verduras

La baja ingesta de frutas y verduras contribuyen con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o la obesidad. Es considerado entre los principales factores de riesgos comportamentales[2], que prevalece en áreas rurales, población con bajos ingresos económicos y bajo nivel educativo. En este sentido, el estudio permitirá conocer la magnitud del problema, en el ámbito de la salud pública.

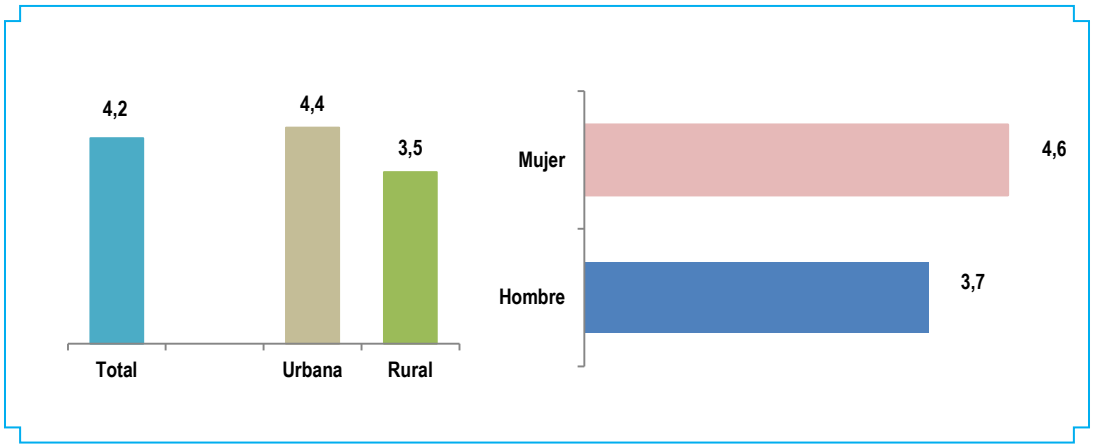
Promedio de días a la semana de consuno de frutas

En los siete días anteriores a la entrevista, las personas de 15 y más años de edad han consumido fruta entera o en trozos 4,2 días en promedio. En el área urbana fue 4,4 días, y en el área rural 3,5 días, en promedio.

Según sexo, las mujeres consumen fruta más días en la semana (4,6 días en promedio), que los hombres (3,7 días en promedio).

2 Organización Mundial de la Salud: "Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles", 2010.Pág v.

GRÁFICO N° 10
PERÚ: PROMEDIO DE DÍAS A LA SEMANA DE CONSUMO DE FRUTAS EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y SEXO, 2013



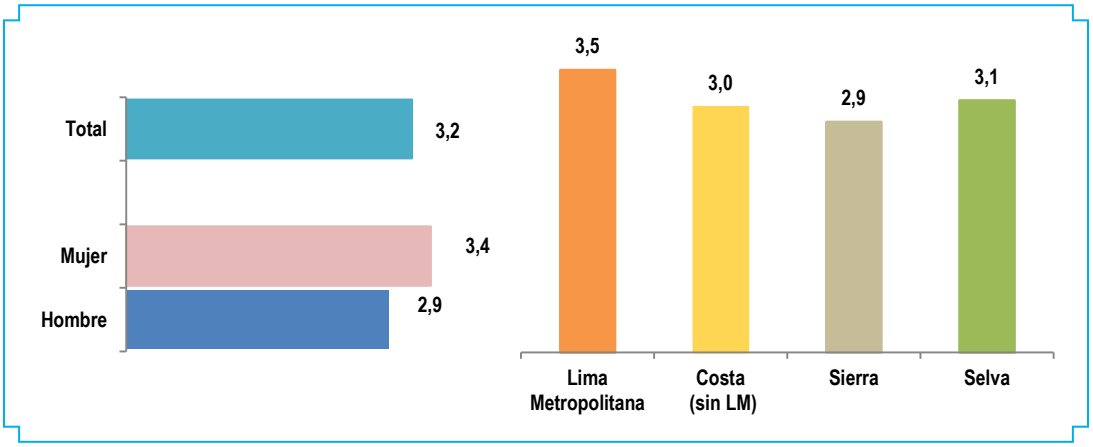
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Promedio de días a la semana de consuno de verduras

En relación con la ingesta de verduras, las personas de 15 y más años de edad encuestadas consumen verduras o vegetales 3,2 días a la semana, en promedio. Al analizar por sexo, resultó que las mujeres consumían verduras a la semana 3,4 días en promedio y los hombres 2,9 días en promedio.

Según región natural, en Lima Metropolitana se consumió verduras más días (3,5 días en promedio) a la semana que en la Sierra (2,9 días en promedio).

GRÁFICO N° 11
PERÚ: PROMEDIO DE DÍAS A LA SEMANA DE CONSUMO DE ENSALADA DE VERDURAS EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013



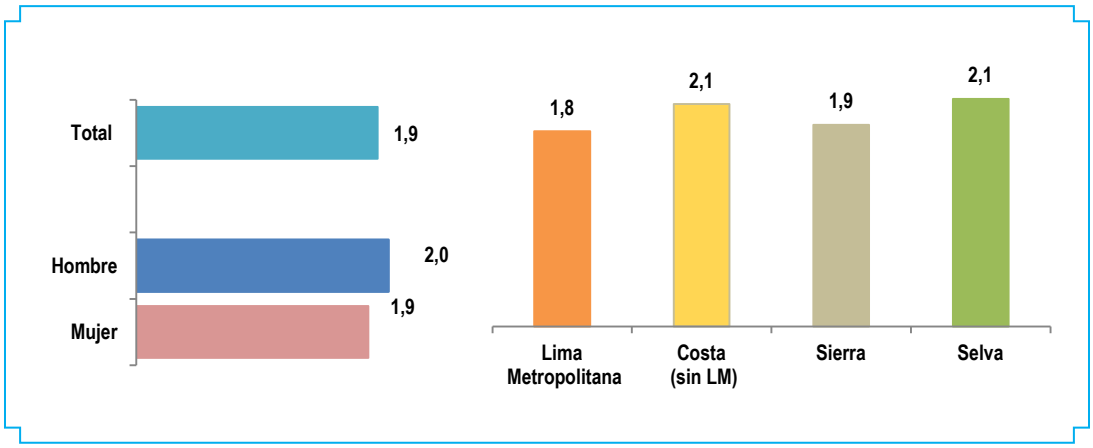
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Promedio diario del consuno de porciones de fruta

Los resultados de la encuesta mostraron que, la población de 15 y más años de edad consume en promedio 1,9 porciones de frutas al día, en la semana. Se entiende por porciones a una unidad, tajada, racimo o puñado.

El consumo promedio de porciones de fruta por día en hombres (2,0) y mujeres (1,9) fue similar. Por región natural, en Costa sin Lima Metropolitana y la Selva el promedio diario del consumo de frutas asciende a 2,1 porciones, en cada caso. En Lima Metropolitana y Sierra fue 1,8 y 1,9 porciones de fruta al día, en promedio, respectivamente.

GRÁFICO N° 12
PERÚ: PROMEDIO DIARIO DE CONSUMO DE PORCIONES DE FRUTAS EN LA SEMANA POR PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Promedio diario del consuno de porciones de verduras

El consumo de verduras o vegetales es un componente importante para una dieta saludable, y el consumo diario podría prevenir enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres, por ello es necesario contar con cifras estadísticas que permitan monitorear la ingesta de verduras (excluidas las papas y otros tubérculos feculentos).

En relación con los resultados de la encuesta, se encontró que las personas de 15 y más años de edad comieron 1,1 porciones de ensalada de verdura al día, en los últimos siete días. Dicho promedio es similar en cada una de las características seleccionadas (sexo, área de residencia y región natural). (Ver Anexo, Cuadro N° 1.13).

1.2.4 Sobrepeso y obesidad

El síndrome metabólico está compuesto por una serie de anormalidades que incluyen obesidad abdominal, anormalidades del metabolismo de la glucosa, hipertensión, y dislipidemia acompañado de un estado pro trombotico y pro inflamatorio el cual lleva en el tiempo al desarrollo de diabetes mellitus 2, así como enfermedad vascular (enfermedad coronaria y enfermedad vascular cerebral).

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Las personas con sobrepeso son consideradas cuando el IMC es mayor o igual a 25 km/m^2. y se considera obesa cuando el IMC es mayor o igual a 30 kg/m^2.

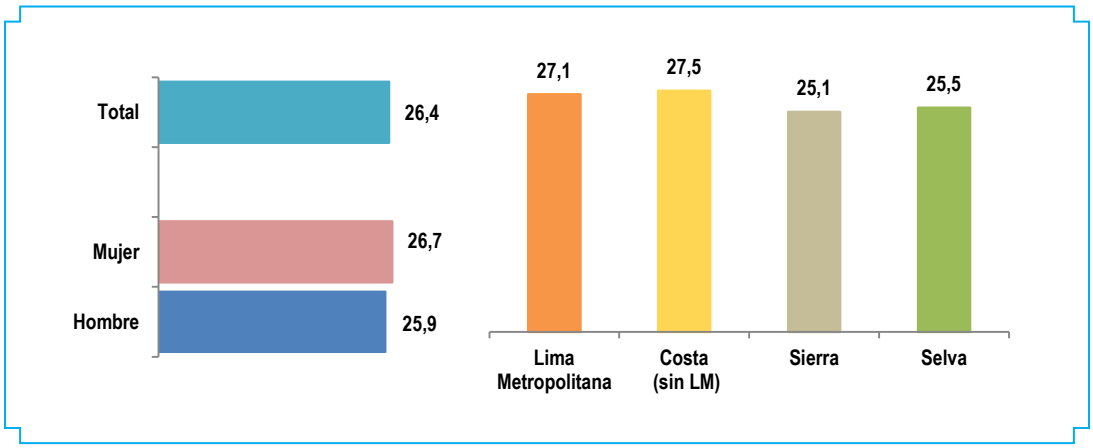
Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. El índice de masa corporal correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.

De acuerdo con los resultados, las personas de 15 y más años de edad tienen 26,4 de IMC en promedio, esto es, se trata de una población con sobrepeso, al momento de la encuesta; siendo las mujeres, 26,7 con mayor IMC que los hombres, 25,9 en promedio.

En relación con la región natural, las personas de 15 y más años de edad residentes en Costa sin Lima Metropolitana y Lima Metropolitana tienen 27,5 y 27,1 IMC en promedio, respectivamente en el momento de la encuesta; y, en la Sierra y Selva se encontraron 25,1 y 25,5 IMC en promedio, respectivamente.

GRÁFICO N° 13
PERÚ: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PROMEDIO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Sobrepeso

El índice de masa corporal estima bastante bien el nivel de grasa corporal, pero en personas físicamente muy activas o en los deportistas no es un buen indicador de sobrepeso u obesidad. Asimismo, para el cálculo del indicador no se incluyó a las mujeres embarazadas.

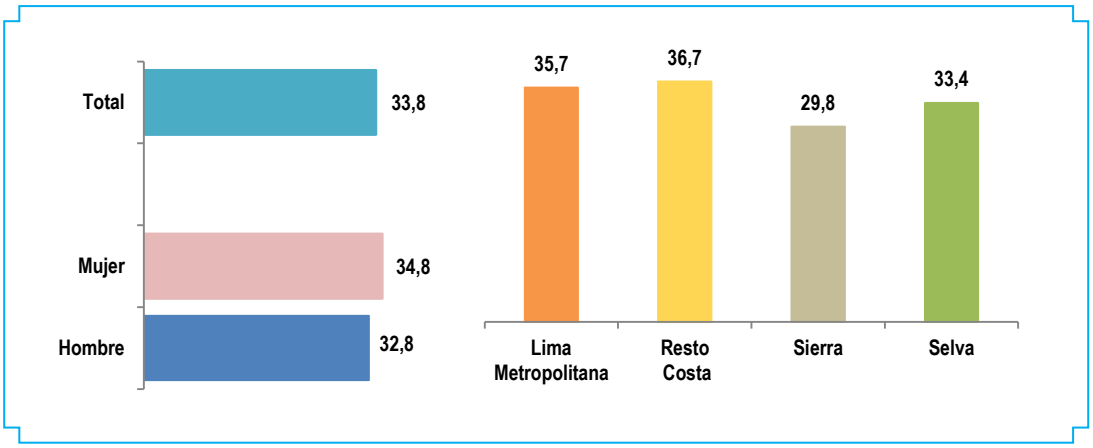
El 33,8% de las personas de 15 y más años de edad, al tomarles las medidas antropométricas, resultaron con sobrepeso. Según sexo, el 34,8% de las mujeres y el 32,8% de los hombres tienen sobrepeso, en el momento de la encuesta.

En la Sierra el 29,8% de personas de 15 y más años de edad padecen de sobrepeso, en el momento de la encuesta. En Costa sin Lima Metropolitana, el 36,7% se encuentra con sobrepeso, seguido por el 35,7% en Lima Metropolitana y el 33,4% en la Selva.

GRÁFICO N° 14

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2013

(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Obesidad

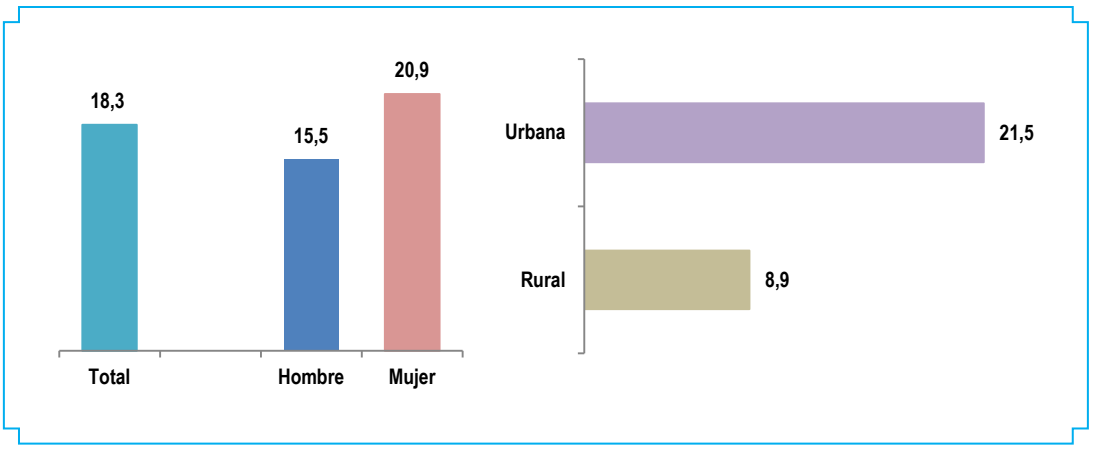
La obesidad se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. La determinación de este indicador se basa en lo medido en forma objetiva durante la entrevista Una persona con un IMC mayor o igual a 30 kg/m^2 es considerada obesa; no se incluyen a las mujeres embarazadas.

El 18,3% de las personas de 15 y más años de edad sufren de obesidad. En la distribución por sexo, el 20,9% de personas obesas son mujeres y el 15,5% hombres; encontrándose una diferencia de 5,4 puntos porcentuales. Según el área de residencia, el 21,5% de obesos residen en el área urbana y el 8,9% en el área rural.

GRÁFICO N° 15

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013

(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.3 Salud ocular

La salud ocular consiste en la ausencia de enfermedades en el sentido de la vista y estructura de los ojos, así como buena agudeza visual[3].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de personas con impedimento visual debido a enfermedades oculares y errores refractivos no corregidos es de 314 millones. Asimismo, estima que de los 314 millones de personas con impedimento visual, 45 millones de personas son ciegas, de estas últimas el 18% se deben a errores refractivos no corregidos[4].

En el Perú los problemas visuales son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300,000 personas con severa discapacidad visual, en adición a 160,000 ciegos por diversas causas; de los cuales, solo un tercio cuenta con algún tipo de seguro y el resto con problemas de accesibilidad a los servicios de salud, agravados por su situación de pobreza[5].

En el marco de la implementación del Programa de Control y Prevención de Enfermedades no Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, el Módulo de Salud Ocular, focalizando su atención en tres problemas oftalmológicos de primer orden: agudeza visual, errores de refracción y catarata. La población en estudio estuvo conformada por dos grupos de edad: niñas y niños menores de 12 años y adultos de 50 y más años de edad.

1.3.1 Niñas y niños de 3 a 11 años de edad

Agudeza visual

La agudeza visual es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada[6]. Esta capacidad oscila entre la visión completa y la falta de visión. Así, para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que otro que no la ve.

La valoración de la agudeza visual se realiza a través de un examen que consiste en distinguir letras en una cartilla, gráfica o tabla de Snellen. Para personas que no saben leer se usa otra prueba denominada Test de Lea, en la cual los símbolos a identificar son cuatro figuras (casa, manzana, círculo y cuadrado).

Los resultados referentes a la experiencia reportada por los encuestados de haber recibido un examen administrado por personal de salud para medir su agudeza visual se presenta a continuación a nivel nacional; por área y región de residencia.

La evaluación de agudeza visual es una práctica poco frecuente, en particular, entre los residentes de las áreas rurales del país.

En el país, solo 10,5% de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad recibió un examen de valoración de agudeza visual, efectuado por un personal de salud en los últimos 12 meses. Por sexo, este porcentaje entre niñas y niños es de 10,9% y 10,1%, respectivamente.

Por área de residencia, la medición de agudeza visual mostró diferencias substanciales entre el área urbana (12,8%) y el área rural (6,2%).

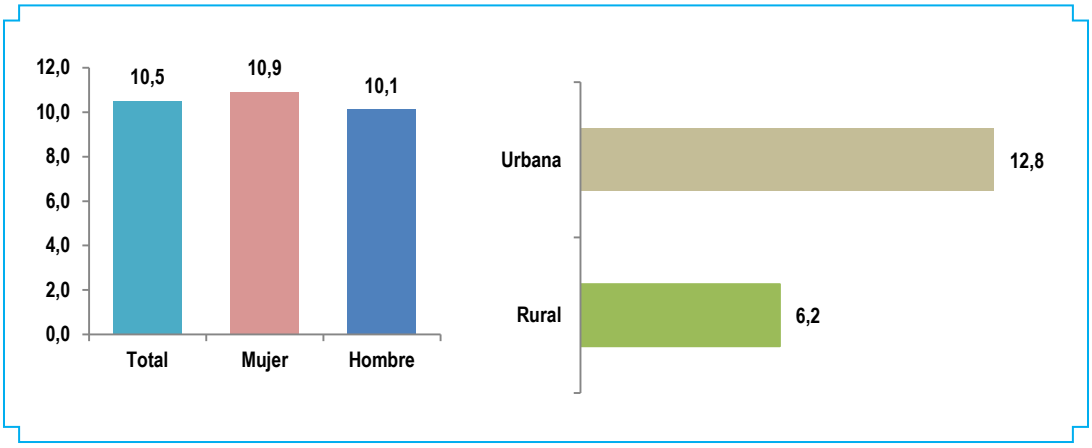
3 Salud visual. Disponible en:http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/visual/definicion/salud-visual.html

4 Plan estratégico nacional de salud ocular y prevención de la ceguera evitable (2014-2021). Lima, julio 2013. Disponible en: http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/PlanENSOPC-RD-6julio2013_1v.pdf

5 Problemas visuales son la segunda causa de discapacidad en el Perú – Colegio Médico del Perú. Disponible en: http://www.cmp.org.pe/component/content/article/56-ultimas/1693-problemas-visuales-son-la-segunda-causa-de-discapacidad-en-el-pais.html

6 La deficiencia visual. definición y tipologías. Disponible en:http://apsd.wikispaces.com/file/view/Deficiencia+visual+tipos.pdf

GRÁFICO N° 16
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Errores refractivos

Los errores refractivos o errores de refracción son trastornos oculares muy comunes, en los que el ojo no puede enfocar claramente las imágenes. El resultado es la visión borrosa, que a veces resulta tan grave que causa discapacidad visual[7].

Los tres errores de refracción más comunes son la miopía (dificultad para ver claramente los objetos distantes); la hipermetropía (dificultad para ver claramente los objetos cercanos); y el astigmatismo (visión distorsionada debido a la curvatura anormal de la córnea, que es la superficie transparente que cubre el globo ocular). Un cuarto trastorno es la presbicia, que tiene como consecuencia la dificultad para leer o enfocar bien a un brazo de distancia. Se distingue de los otros trastornos en que se asocia al envejecimiento y afecta a casi todo el mundo.

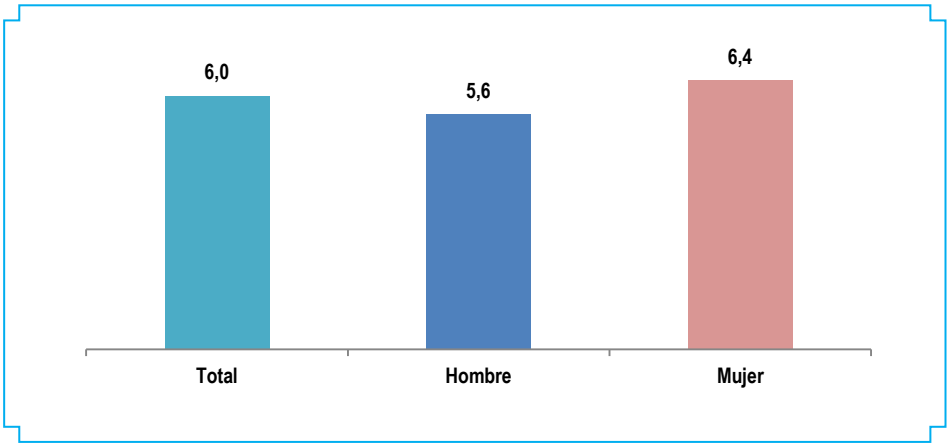
Los errores de refracción no pueden prevenirse, pero pueden diagnosticarse en un examen oftalmológico y tratarse con anteojos correctores, lentes de contacto o cirugía refractiva.

La OMS calcula que en el mundo hay 153 millones de personas con discapacidad visual debido a errores de refracción no corregidos. Esta cifra no incluye a las personas con presbicia no corregida, que según indican algunas pruebas preliminares representan probablemente una proporción muy significativa.

En el país, seis de cada 100 niñas y niños de 3 a 11 años de edad, recibió diagnóstico de errores refractivos, valorado en establecimientos de salud. Este diagnóstico es ligeramente mayor entre las niñas (6,4%) que entre los niños (5,6%).

7 Qué son los errores de refracción. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/45/es/

GRÁFICO N° 17
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)

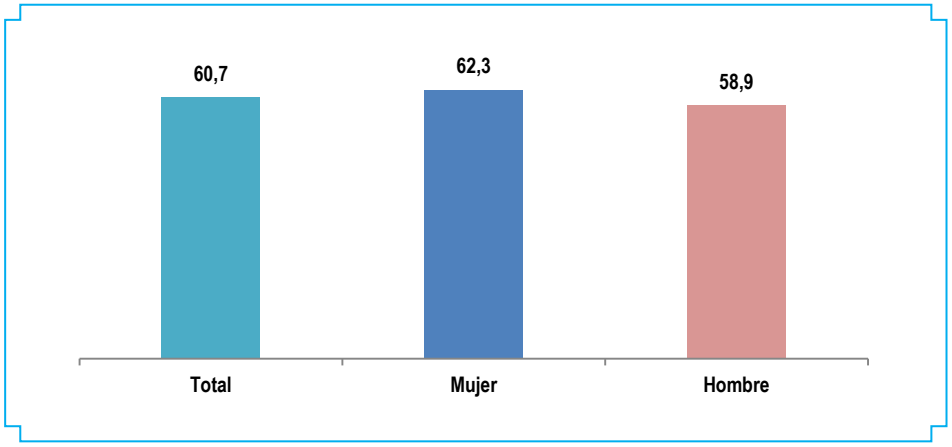


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Tratamiento correctivo con lentes

A nivel nacional, el tratamiento correctivo de errores refractivos con lentes fue de 60,7%, superior entre las niñas (62,3%), en comparación con los niños (58,9%).

GRÁFICO N° 18
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)

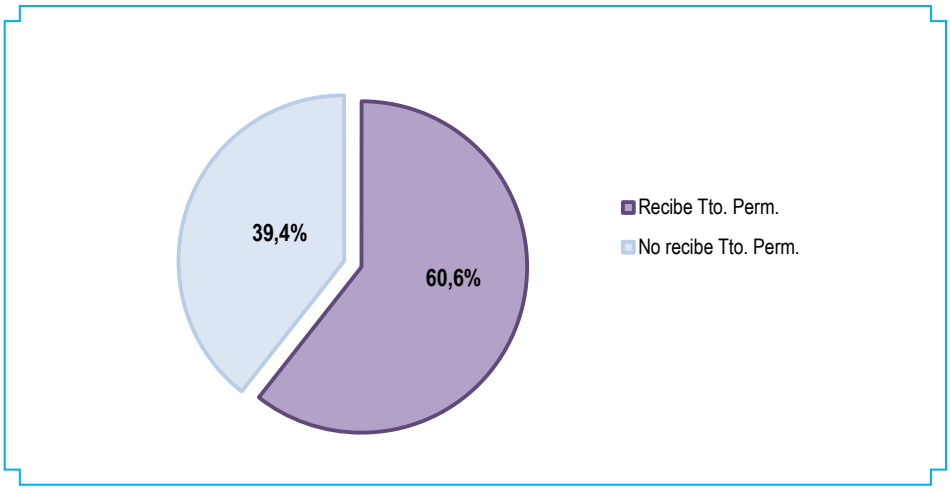


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Tratamiento con lentes de forma permanente

El 60,6% de las niños y niños diagnosticados con errores refractivos recibe tratamiento con lentes de manera permanente.

GRÁFICO N° 19
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON LENTES DE MANERA PERMANENTE, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

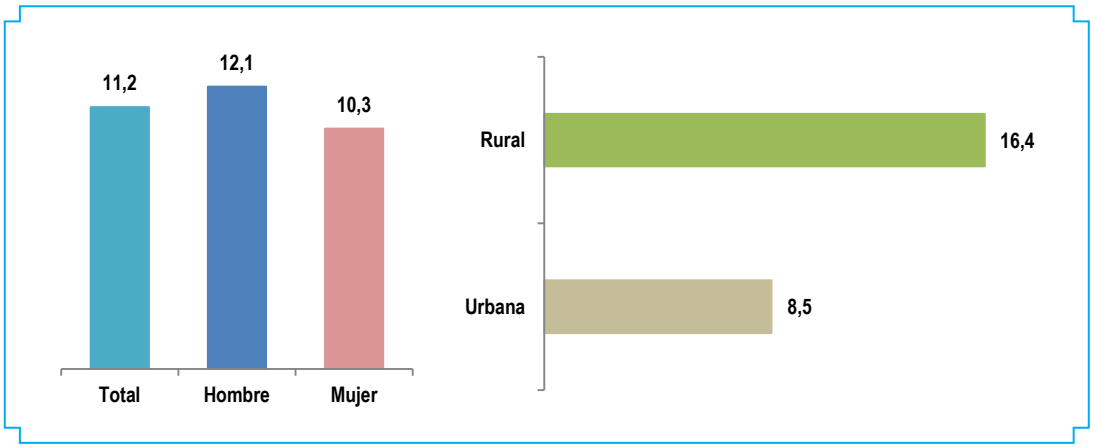
Prácticas adecuadas de salud ocular

Practicas adecuadas de salud ocular se refiere a los hábitos y conductas que, ejecutados de forma correcta y consistente, pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición. Cuanto más temprano en la vida se adopten estas prácticas, más probable será su asimilación como parte de las conductas saludables que a futuro, contribuirán a prevenir enfermedades oculares.

Es oportuno acotar que el indicador no permite verificar si realmente las prácticas se ejecutan y en qué medida o si éstas son correcta o incorrectamente ejecutadas, Sin embargo, es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con un subsecuente sobre reporte de buenas prácticas.

En el país el 11,2% de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad, desarrollan prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el responsable del cuidado del menor. Por área de residencia, se encontró una mayor frecuencia de buenas prácticas en el área rural (16,4%), que en el área urbana (8,5%).

GRÁFICO N° 20
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



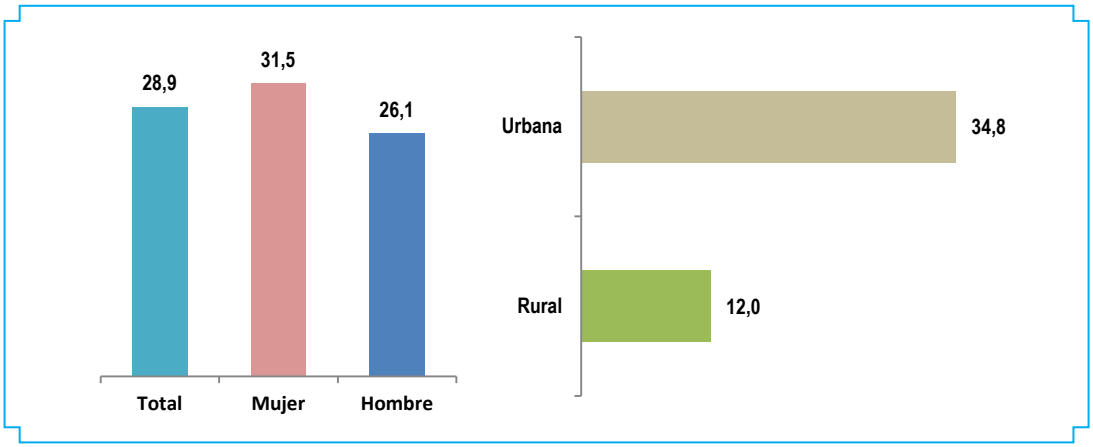
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.3.2 Personas de 50 y más años de edad

A nivel nacional, prácticamente 3 de cada diez personas de 50 y más años de edad, reportó un examen de valoración de agudeza visual. Vista por sexo, la valoración es mayor entre mujeres (31,5%), que entre hombres (26,1%).

Por área de residencia, la valoración de agudeza visual muestra importantes diferencias, siendo más frecuente entre residentes del área urbana (34,8%), que entre aquellos del área rural (12,0%).

GRÁFICO N° 21
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

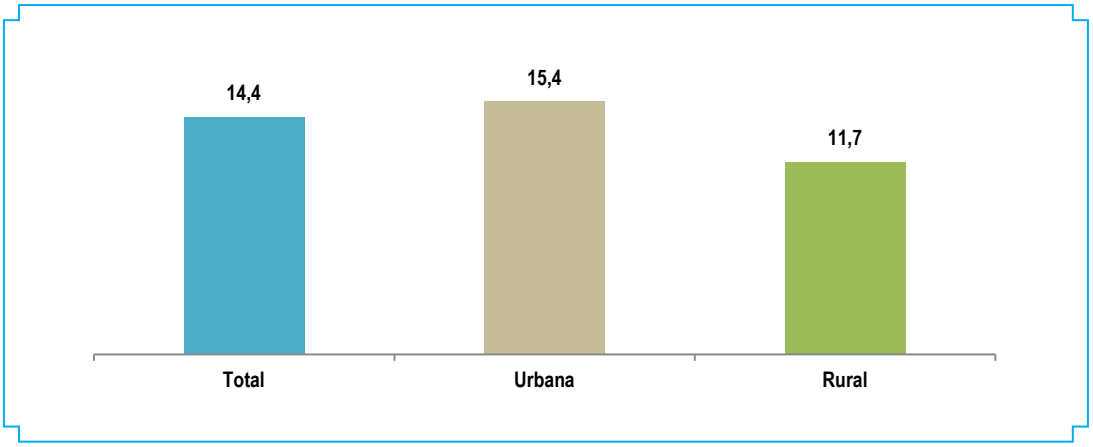
Diagnóstico de cataratas

En medicina oftalmológica, se llama catarata a la opacificación total o parcial del cristalino. A nivel mundial, se estima que el 51% de los casos de ceguera (19,7 millones) se debe a las cataratas que aparecen con la edad y son la causa principal de ceguera. La operación de cataratas constituye una de las intervenciones sanitarias con más alto costo-beneficio[8].

La prevalencia de catarata aumenta con la edad y presenta variaciones en los ámbitos urbano y rural.

El 14,4% de encuestados de 50 y más años de edad manifestó haber recibido el diagnóstico de cataratas. Vista por área de residencia, la prevalencia es mayor entre los residentes urbanos 15,4%, que entre aquellos del área rural 11,7%.

GRÁFICO N° 22
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

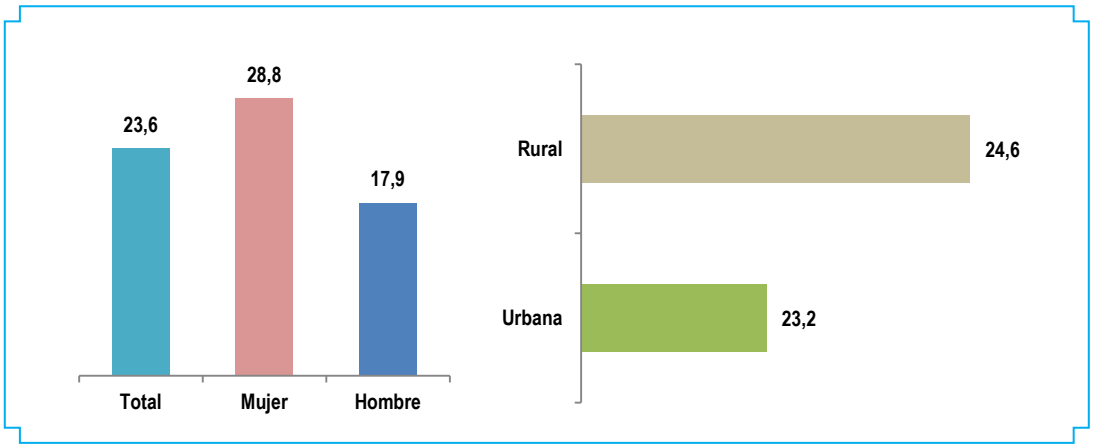
Dificultad para ver de lejos

Dificultad para ver se refiere a reportar un grado leve de dificultad en poder ver o distinguir perfectamente a personas u objetos, empleando la corrección disponible (lentes) en caso de utilizarla.

El 23,6% de las personas de 50 años más años de edad declararon experimentar dificultades para ver de lejos. Este porcentaje fue mayor en mujeres (28,8%) que en hombres (17,9%) y entre los residentes rurales (24,6%) que entre aquellos urbanos (23,2%).

8 Ceguera y discapacidad visual Nota descriptiva N° 282 Octubre de 2013. . Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/

GRÁFICO N° 23
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.4 Salud Bucal

La salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial (perteneciente a la boca y a la cara) crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal[9].

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente[10].

En el Perú, la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal constituye uno de los 12 principales problemas sanitarios del país.

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un país en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%[11].

9 Salud Bucodental. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/
10 Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
11 Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

1.4.1 Niñas y niños de 1 a 11 años de edad

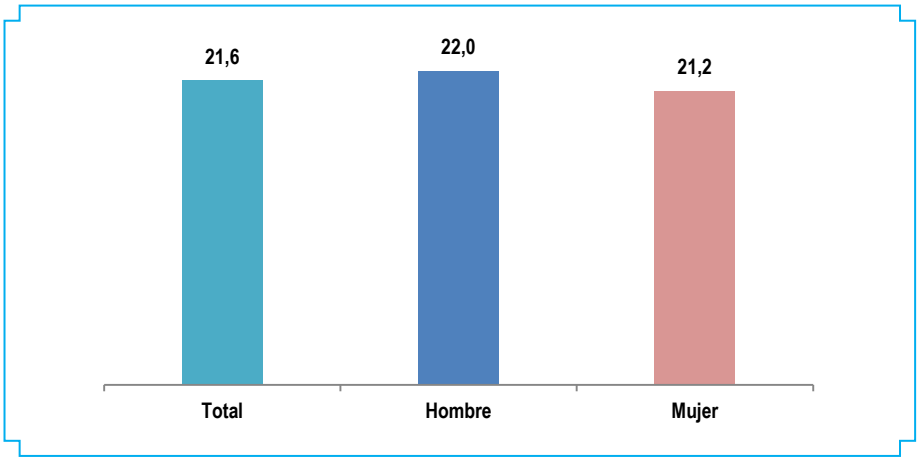
Prácticas de salud bucal

Las prácticas de salud bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal es una actividad poco frecuente entre la población de 1 a 11 años de edad.

A nivel nacional, solo el 21,6% de este colectivo realiza estas buenas prácticas. El porcentaje es similar por sexo (22,0% en niños y 21,2% en niñas).

GRÁFICO Nº 24
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)



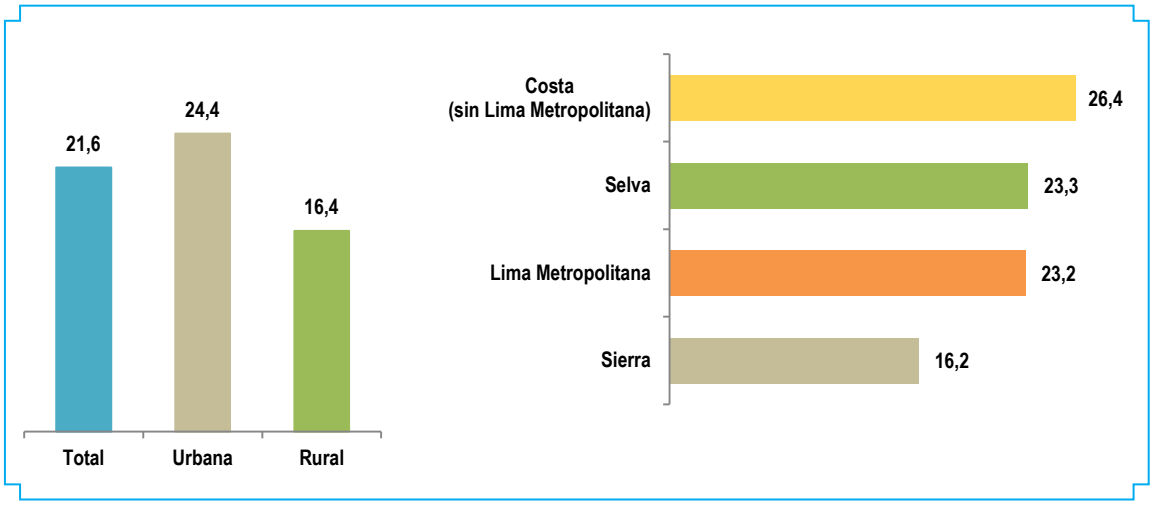
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Asimismo, la ejecución de prácticas adecuadas de higiene bucal, es un ejercicio poco frecuente entre la población de 1 a 11 años de edad, en particular, entre los residentes del área rural y Sierra del país.

Por área de residencia, el ejercicio de higiene bucal fue mayor entre los residentes urbanos (24,4%), que entre aquellos del área rural (16,4%).

De otro lado, la frecuencia de esta práctica mostró importantes diferencias según ámbito geográfico: mayor en la Costa sin Lima Metropolitana (26,4%); con porcentajes similares en la Selva (23,3%) y Lima Metropolitana (23,2%); en tanto, la Sierra registró el porcentaje más bajo (16,2%).

GRÁFICO Nº 25
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2013
(Porcentaje)



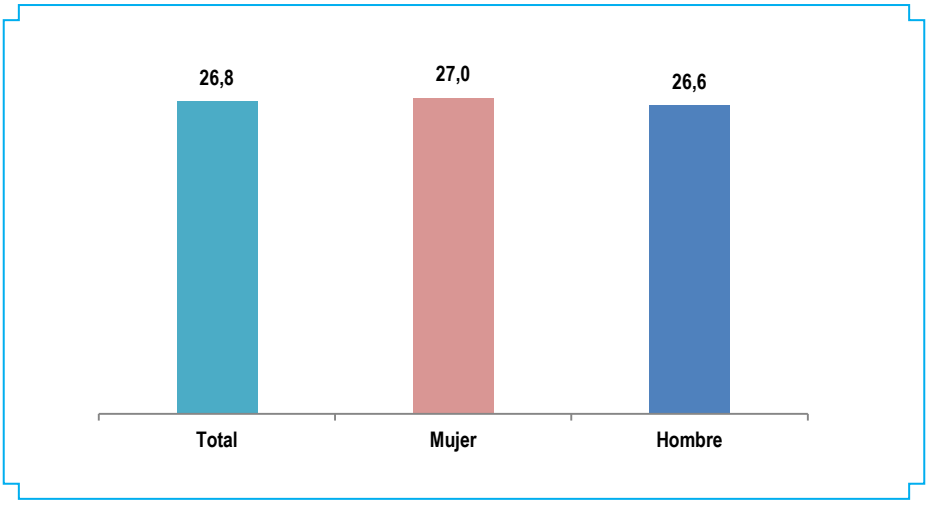
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Atención en un servicio odontológico

Aproximadamente la cuarta parte de las niñas y niños menores de 12 años de edad recibió atención odontológica en los últimos seis meses. No obstante, este servicio disminuye en la Selva y áreas rurales del país.

A nivel nacional, el 26,8% de la población menor de 12 años de edad recibió atención odontológica. Según sexo, no se encontró diferencias importantes (27,0% entre las niñas y 26,6% entre los niños).

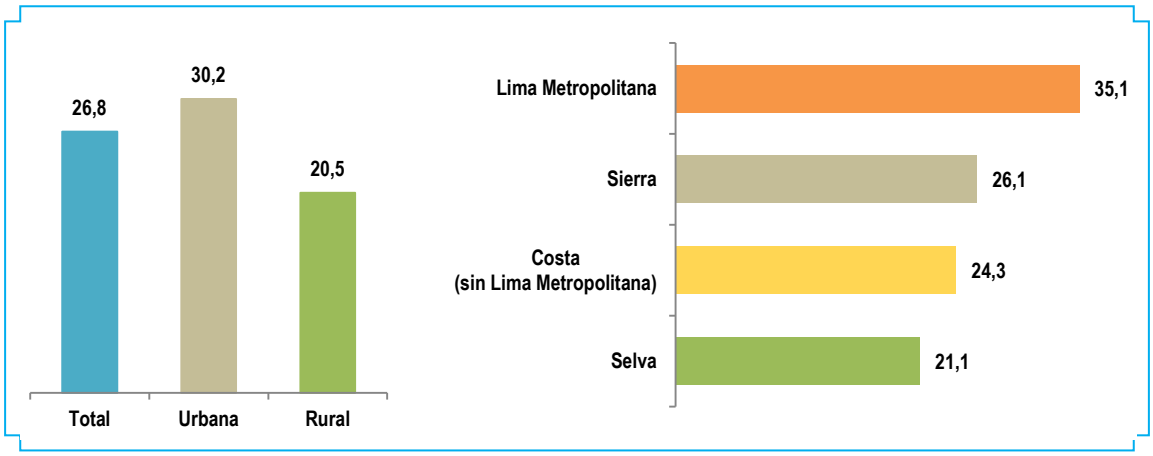
GRÁFICO Nº 26
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Visto por ámbito geográfico, el 30,2% del área urbana y el 20,5% del área rural, recibió atención odontológica durante el mismo periodo. Asimismo, Lima Metropolitana mostró el mayor porcentaje (35,1%), seguido de la Sierra (26,1%) y la Costa sin Lima Metropolitana (24,3%). El menor porcentaje se encontró en la Selva con 21,1%.

GRÁFICO Nº 27
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO, EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

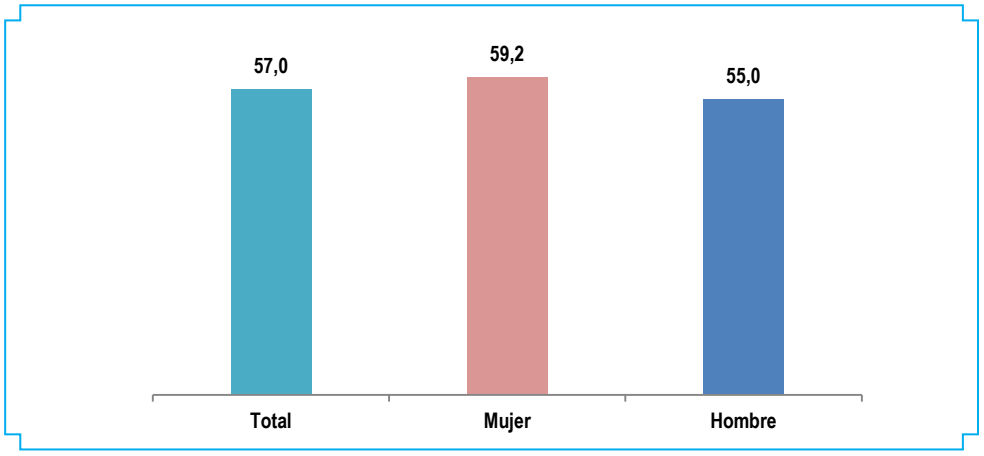
Responsables del cuidado de niñas y niños, menores de 12 años, informados sobre prácticas de salud bucal

Información sobre prácticas de salud bucal

La información sobre prácticas de salud bucal, se refiere a los conceptos teóricos que ha recibido el responsable de los menores para el cuidado bucal de ellos, independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información.

En el país, el 57,0% de los responsables recibió información sobre éstas prácticas en los últimos 12 meses. Visto por sexo, el porcentaje fue de 59,2% en mujeres y 55,0% en hombres.

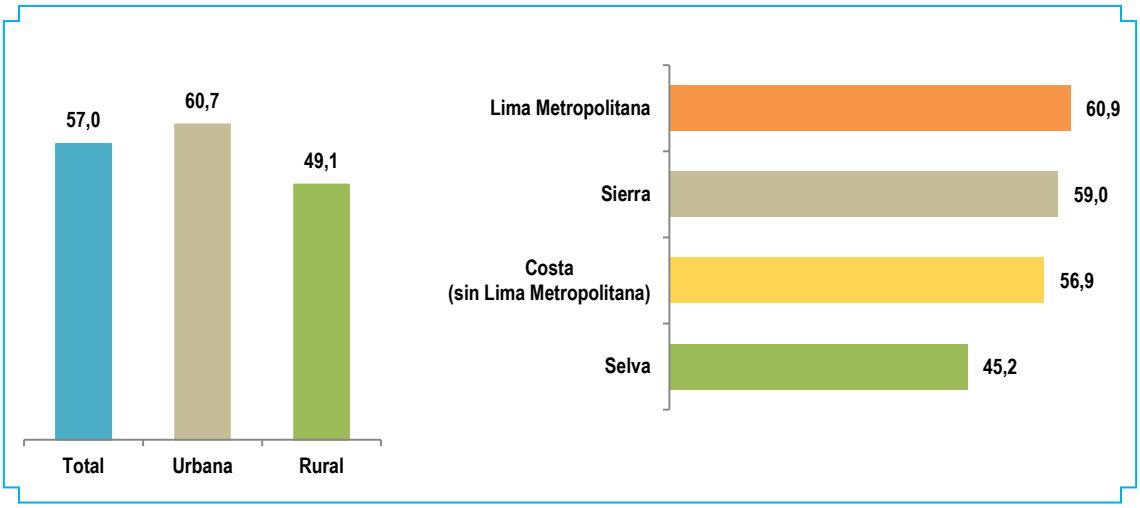
GRÁFICO Nº 28
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según ámbito geográfico, este conocimiento fue de 60,7% entre los responsables de menores residentes del área urbana y de 49,1% entre aquellos del área rural. Por dominio de residencia, Lima Metropolitana presentó el más alto porcentaje (60,9%), seguida por la Sierra (59,0%) y la Costa sin Lima Metropolitana (56,9%). El menor porcentaje se presentó en la Selva (45,2%).

GRÁFICO Nº 29
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.4.2 Personas de 60 y más años de edad

Atención en un servicio odontológico

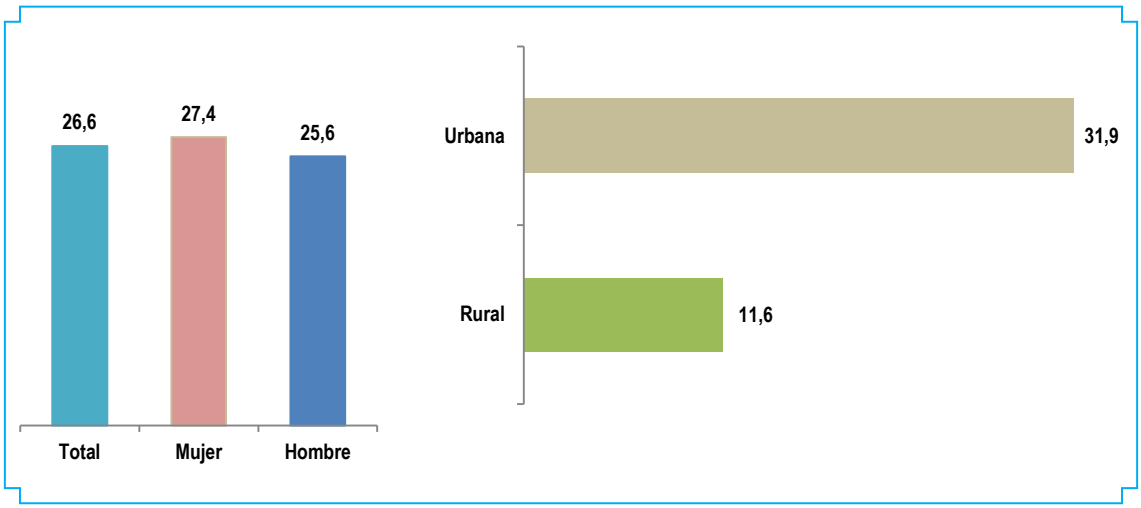
La población de adultos mayores es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto a requerir tratamientos.

La concurrencia a servicios odontológicos es una actividad poco frecuente entre la población de 60 a más años de edad. Asimismo, es notablemente menor entre los residentes rurales.

En el país el 26,6% de este colectivo fue atendido en un servicio odontológico en los últimos 12 meses. Según sexo, el porcentaje fue mayor en mujeres (27,4%), que en hombres (25,6%).

Según área de residencia, la atención odontológica, fue de 31,9% entre los residentes urbanos y de 11,6% entre aquellos del área rural.

GRÁFICO Nº 30
PERÚ: ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.5 Salud mental

En el contexto de la implementación del Programa de Control y Prevención de Enfermedades no Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, el Módulo de Salud Mental, focalizando su atención en dos problemas fundamentales: la violencia física de pareja y el consumo de bebidas alcohólicas.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo conoce sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, trabaja en forma productiva y contribuye a su comunidad[12].

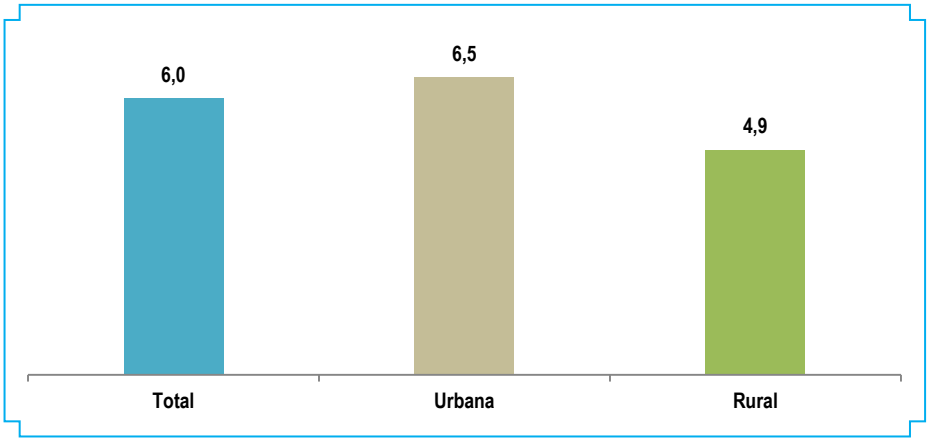
1.1.5 Violencia física de pareja

La violencia física de pareja genera consecuencias inmediatas y agudas así como de larga duración y crónicas. Entre las consecuencias más comunes de la violencia física en las mujeres se encuentran la depresión, tendencia a intentos de suicidio, trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño, trastornos alimentarios y trastornos psicosomáticos[13]. La violencia de pareja tiene un importante impacto en la mortalidad. Así, se estima que del total de homicidios ocurridos en Lima entre 2000-2008, el 12,0% fue resultado de violencia de pareja. Del total de mujeres muertas por homicidios en ese periodo, 40,0% fueron muertas por su pareja[14].

En el país, 6,0% de las personas encuestadas reportaron haber sufrido violencia física por parte de su pareja en los últimos 12 meses. Con relación área de residencia, se observó mayor frecuencia de violencia de pareja en el área urbana (6.5%) en comparación con el área rural (4.9%).

12 OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [cited 2014 May 8]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
13 Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 2002 May 27;162(10):1157–63.
14 ¿Quiénes son asesinad@s en Lima? ¿Cómo, cuándo y por qué? [Internet]. [cited 2014 May 8]. Available from: http://www.ciudadnuestra.org/index.php?fp_cont=1946

GRÁFICO Nº 31
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

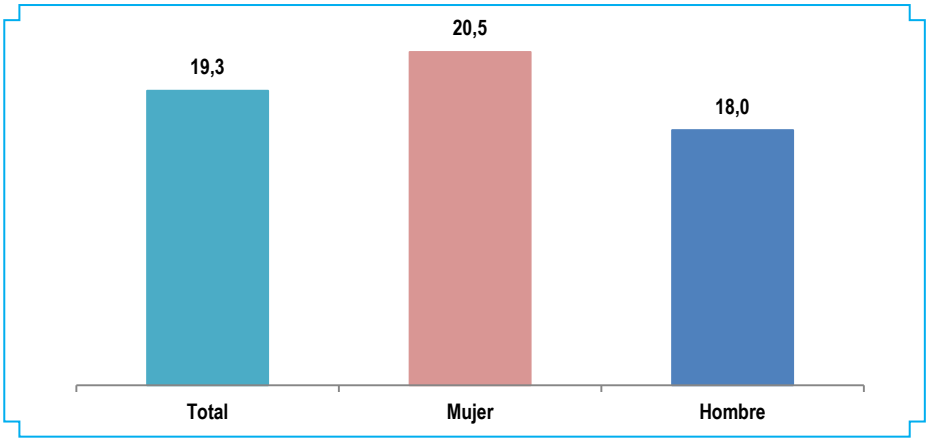
1.5.2 Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica

En el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente a consumir bebidas alcohólicas. En escolares de secundaria, la edad promedio del primer consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años de edad[15]. Resulta importante determinar el momento de inicio de patrones de consumo de ingesta de no solo un sorbo sino de una mayor cantidad de alcohol como un vaso o copa.

Este indicador estimó el promedio de edad de primer consumo de al menos un vaso o copa de bebidas alcohólicas de las personas de 15 años a más que reportaron haber consumido alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida.

La edad promedio de inicio de consumo de al menos un vaso o copa de bebida alcohólica en el Perú es de 19,3 años. Visto por sexo, la edad promedio de inicio de los hombres es de 18 años de edad, mientras que en las mujeres el inicio de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 20,5 años de edad.

GRÁFICO Nº 32
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO, 2013
(Porcentaje)

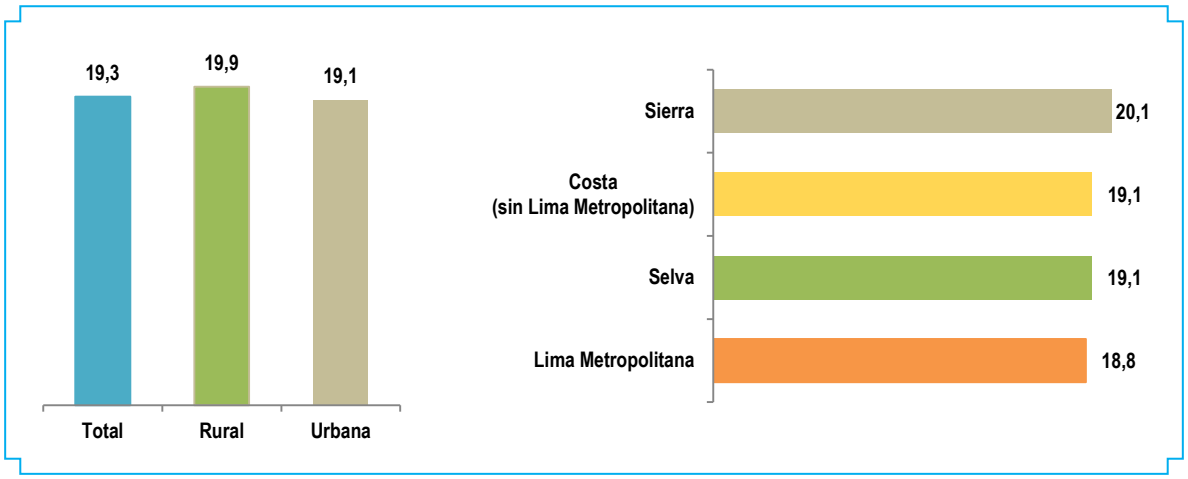


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

15 DEVIDA. Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.

Según ámbito geográfico, la edad promedio de inicio es bastante similar en el área urbana (19,1) y rural (19,9); ligeramente mayor en la Sierra (20,1); 19,1 años en la Costa sin Lima Metropolitana y la Selva; en tanto Lima Metropolitana registró la edad de inicio menor con 18,8 años.

GRÁFICO Nº 31
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.