



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial

Introducción

No obstante el notable descenso en la mortalidad por diarreas en las últimas décadas, la diarrea continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil.¹ En México, en los niños de 1 a 4 años de edad las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el 5° sitio como causa de muerte en 2010 (266 muertes con tasa de 3.5 por 100 000 nacimientos estimados).²

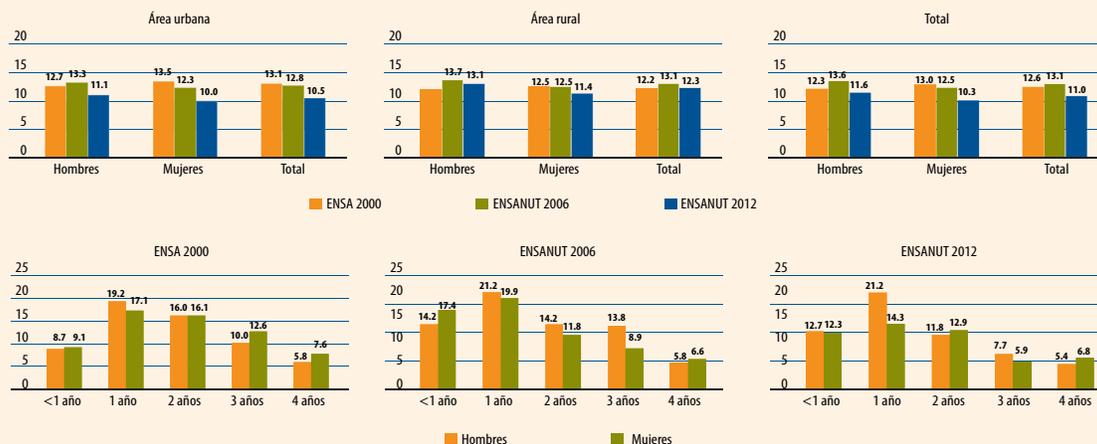
El compromiso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes hacia 2015.^{1,3} La prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA) son algunas de las intervenciones del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil, por ello, la Estrategia Atención Integrada y Consulta Completa, buscan la atención oportuna y eficiente de los cuadros de diarrea mediante la promoción de la no interrupción de la alimentación habitual ni la suspensión de la lactancia, la terapia de sales y rehidratación oral, identificación de signos clínicos de alarma y referencia oportuna al segundo nivel de atención.^{4,5}

Resultados

Las prevalencias de EDA en los menores de cinco años en las dos semanas previas al levantamiento de las encuestas fueron 12.6, 13.1 y 11.0% para ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 respectivamente (figura 1). El análisis comparativo muestra que:

- La prevalencia de diarreas en niños menores de cinco años fue de 13.1% en 2006 (IC: 12.0-14.2) y la registrada en 2012 de 11.0% (IC: 10.2-11.8), lo que muestra una disminución estadísticamente significativa.
- En los niños menores de un año, la prevalencia de diarreas en 2006 fue de 15.7% (IC: 13.3-18.5) y en 2012 de 12.5% (IC: 10.6-14.7). Esta disminución no fue estadísticamente significativa.
- El grupo con prevalencias consistentemente más altas a lo largo de los diferentes periodos fue el grupo de un año, particularmente en niños.
- Las proporciones de EDA en áreas rurales fueron de 12.2, 13.1 y 12.3%; y en áreas urbanas de 13.1, 12.8 y 10.5%, en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012 respectivamente.

Figura 1. Proporción de menores de cinco años por sexo, y área urbana o rural que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



Nivel socioeconómico

- La prevalencia de diarreas en los niños de más bajo nivel de ingresos (quintil 1) en 2006 fue de 14.3% (IC: 12.8-15.9) mientras que en 2012 fue de 10.5% (IC: 9.4-11.8), disminución estadísticamente significativa (figura 2).

Área geográfica

- Existen importantes variaciones entre entidades federativas que van de 20.5 a 4.7%; 21.3 a 5.9% y 18.9 a 7.0% en los años 2000, 2006 y 2012 (figura 3).

Patrón clínico

- Aproximadamente 40% de los padres o cuidadores, consistentemente en las tres encuestas, reportó haber usado el Vida Suero Oral. Cabe resaltar que en la ENSANUT 2012 el 54.6% informó haber usado agua sola y frutas, sin embargo cerca de 4% de los padres o cuidadores reportaron no haber tomado ningún tipo de medida.
- La proporción de padres que apropiadamente continuó con la alimentación habitual aumentó. Se observa el mismo patrón en las áreas rurales y urbanas.
- Los signos de alarma que los padres o cuidadores identifican más frecuentemente son: "evacuaciones frecuentes", "fiebre"

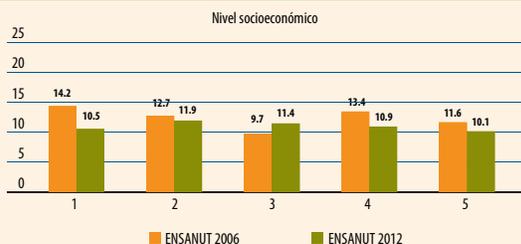
y "vómito". Específicamente para el área rural se observa una tendencia creciente en relación al porcentaje de personas que identifican las evacuaciones frecuentes como un signo de alarma. En contraste, 8 y 7% de personas identificó a la fiebre como un signo de alarma en áreas urbanas y rurales respectivamente, de acuerdo a lo observado en la ENSANUT 2012 en contraste con la ENSANUT 2006 (figuras 4, 5 y 6).

Recomendaciones

A partir de los resultados anteriores, se formulan las siguientes consideraciones:

- En general, se observó disminución en la prevalencia de EDA al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT 2006.
- Asimismo, los resultados muestran disminución en la prevalencia de diarreas en los niños en el nivel socioeconómico más desprotegido al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT 2006.
- Existe variabilidad en la proporción de niños con episodios de EDA de acuerdo a las entidades federativas, sin embargo, se observa una disminución en la brecha entre la entidad con mayor y menor proporción.
- Tanto en áreas urbanas como rurales, las "evacuaciones frecuentes" son el principal signo de alarma identificado por padres o cuidadores, en contraste con los demás signos asociados a cuadros graves.

Figura 2. Proporción de menores de cinco años por nivel socioeconómico, que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. México, ENSANUT 2006 y 2012



Con base en lo anterior, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Servicios de salud:
 - Implantar una campaña nacional con intensificación en temporada de verano para reforzar el conocimiento de las familias sobre los riesgos y acciones a realizar ante las EDA y promover en el programa Oportunidades el fortalecimiento de las capacidades sobre:
 - La no interrupción de la alimentación habitual, ni la suspensión de alimentación al pecho materno.
 - El aumento en el consumo de líquidos, en especial usar planes de hidratación con Vida Suero Oral.

Figura 3. Proporción de menores de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, por entidad federativa. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

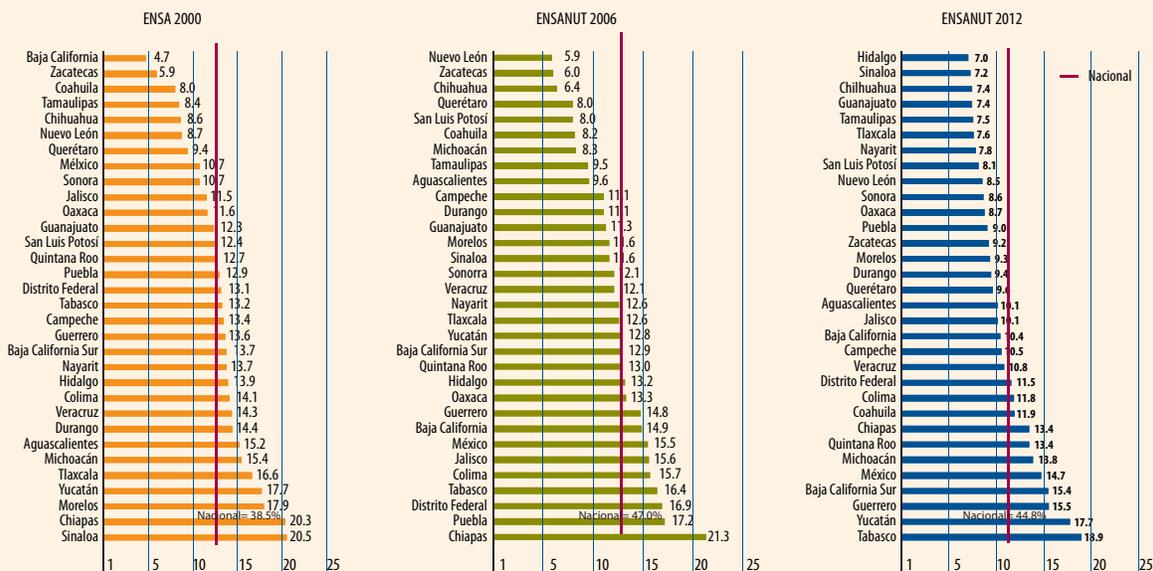
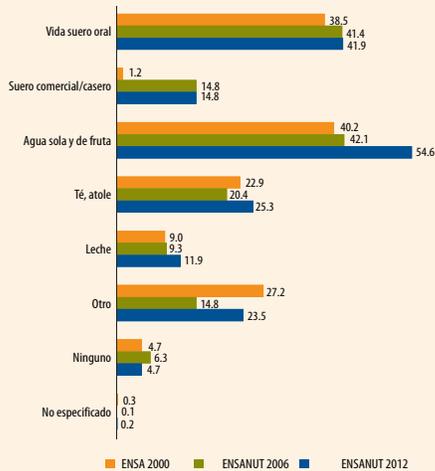


Figura 4. Proporción de menores de cinco años con diarrea en las dos semanas previas, de acuerdo con el tipo de líquidos administrados durante el periodo mórbido. México ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



- Reforzar el conocimiento a madres y cuidadoras para la preparación y uso correcto del Vida Suero Oral.
- Identificación de signos clínicos de alarma y de factores de mal pronóstico por padres o cuidadores.
- Referencia oportuna de niños al segundo nivel de atención.

- Promover la vacunación oportuna contra rotavirus a los niños de 2 y 4 meses de edad.
- Promover y reforzar los centros de capacitación para el personal de salud de primer y segundo nivel para la atención integrada al menor de cinco años en cada entidad federativa.
- Elaboración y difusión de guías clínicas para el manejo de EDA en el primer nivel de atención.
- Reducción en el uso de antimicrobianos.
- Garantizar los insumos necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de EDA.
- Evaluación y estímulo al desempeño para personal de salud, unidades de salud, guarderías y escuelas.

2. Población:

- Asegurar que se lleve a vacunación contra rotavirus a los niños a los 2 y 4 meses de edad.

Figura 5. Proporción de menores de cinco años con diarrea en las dos semanas previas, de acuerdo con la cantidad de alimentos administrados durante el periodo mórbido, por área urbana y rural. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

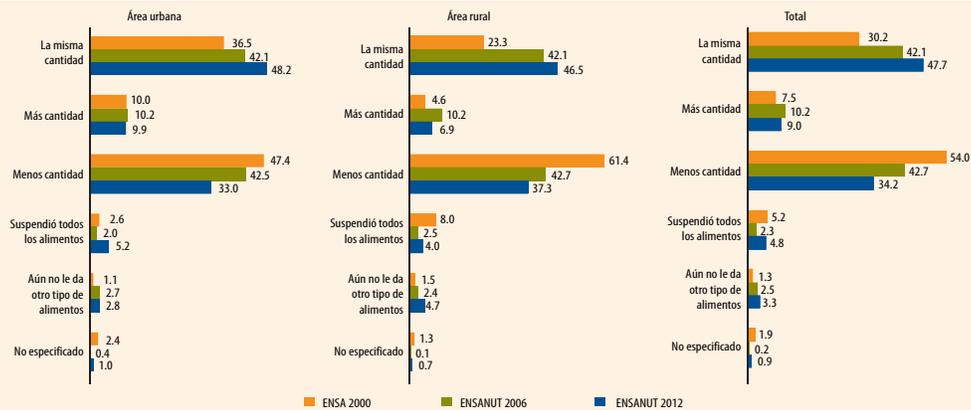
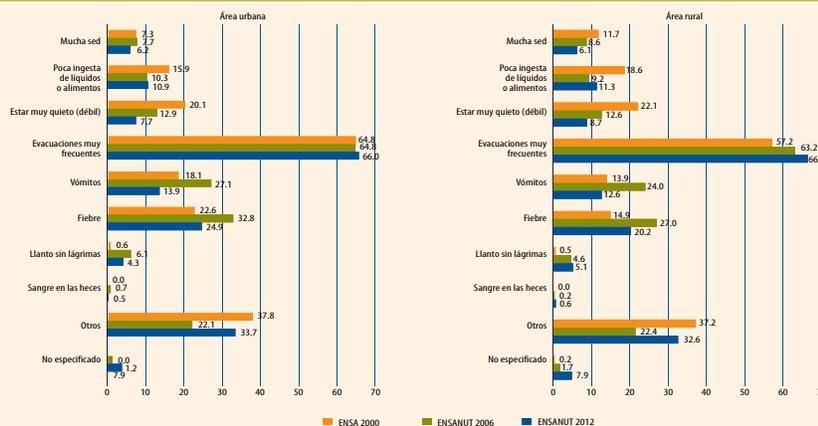


Figura 6. Proporción de menores de cinco años con diarrea en las dos semanas previas, cuya madre, padre o tutor identifica signos de alarma, por área urbana y rural. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



- Identificación de signos de alarma y consulta inmediata ante: rechazo del alimento, estado letárgico o inconsciente, sed intensa, intolerancia de líquidos u otros alimentos (vomitar todo), evacuaciones líquidas y numerosas, fiebre persistente, evacuaciones con sangre.
 - Llevar oportunamente a los niños a los servicios de salud.
 - Continuar la alimentación al pecho materno, consumo de sólidos, incrementar la ingesta de líquidos, en especial el uso del Vida Suero Oral para prevenir la deshidratación y suplementar la dieta con zinc.
3. Promover investigación enfocada a:
- Fortalecer la comunicación y transmisión bidireccional de conocimientos y prácticas entre la comunidad y el personal de salud.
 - Métodos de diagnóstico prácticos.
 - Mecanismos inmunológicos protectores en población menor de cinco años.

Acciones

- Capacitar a cuidadores y padres de familia en la identificación oportuna de los signos de alarma.
- Reforzar los centros de capacitación para la atención integrada al menor de cinco años para la capacitación y rotación en servicio del personal de salud de primer y segundo nivel de atención.
- Promover y garantizar la vacunación contra rotavirus en niños a los 2 y 4 meses de edad.
- Promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Acciones de protección contra riesgos sanitarios, abastecimiento de agua, complementar y evaluar intervenciones sobre higiene de alimentos dirigidas a población general, escuelas, expendedores de alimentos y bebidas y lavado de manos.
- Promover la atención integrada al menor de cinco años, generando planes de actualización dirigidos al personal de salud.
- Disponibilidad y acceso de Vida Suero Oral en todos los centros de salud.
- Aplicación de protocolos de referencia y contrarreferencia.
- Divulgar los programas de incentivos (p.ej., los de SICALIDAD) e implementar otros, dirigidos a los intereses del personal de salud (p.ej., capacitación, constancia de reconocimiento al desempeño).

Responsables: José Luis Díaz Ortega,* Elizabeth Ferreira,* Lourdes García,* Belem Trejo,† Martha María Téllez Rojo,‡ Juan Pablo Gutiérrez,‡ Mauricio Hernández Ávila.‡

* Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas

† Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. México

‡ Dirección General del Instituto Nacional de Salud Pública. México



Conclusiones

Se observan avances en los años recientes, sin embargo, persisten retos como son el fortalecer la vinculación intra e interinstitucional, abriendo espacios para la capacitación al personal de salud de las unidades de primer nivel de atención y, principalmente a la comunidad (madres, padres y cuidadores). Es preciso desarrollar estrategias innovadoras y sostenibles dirigidas al personal de salud y la población, tanto de forma presencial como educación a distancia, así como el apoyo con incentivos que incidan en la mejora de la calidad de la atención. Se requiere fortalecer las actividades sostenibles de promoción de la salud.

Es necesario planificar, implementar y evaluar intervenciones que fortalezcan la adecuada manipulación y conservación de los alimentos.

En los servicios de salud es importante promover la eficiencia en la atención clínica mediante guías clínicas que incluyan algoritmos simplificados de respuesta inmediata ante datos de gravedad.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Nuevas recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea: Políticas y guías programáticas. Washington, D.C. OPS, 2006. 40 p.
2. SINAVE/DGE/SALUD/Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. [Consultado: octubre 2012] Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf.
3. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la Mortalidad Infantil. México, D.F., Primera ed. 2008.
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño, febrero 2001.
5. Presidencia de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010. México D.F., Primera ed. Agosto 2011, ISBN: 978-607-430-055. Disponible en: <http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Inf2010.pdf>
6. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, Partida V, García-García ML, Valdespino JL. Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S110-S125.
7. Dirección General de Epidemiología, Anuario Estadístico 2010. México D.F. 2011. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
8. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la Infancia en México 2010. México, D.F, junio 2011. ISBN 978-607-460-237-1.

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>

