



# Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

## Evidencia para la política pública en salud

### ■ Infecciones respiratorias agudas en niños: inmunizar a tiempo y educar la respuesta

#### Introducción

El compromiso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es reducir la mortalidad infantil dos terceras partes hacia 2015.<sup>1,2</sup> La prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) son intervenciones del Programa Nacional para Reducción de la Mortalidad Infantil, la estrategia atención integrada y consulta completa buscan la atención oportuna y eficiente de las IRA que aunado a la vacunación universal evitara complicaciones y muerte en niños, mejorando su calidad de vida, también es vital involucrar a las madres en el hogar.<sup>3,4</sup> Se estima que con las políticas de salud e intervenciones realizadas hay un gran avance hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>5,6</sup>

Las IRA son la primera causa de morbilidad<sup>7</sup> y egreso hospitalario con una razón de 13 por 100 consultas médicas<sup>8</sup>, ocurren entre 2 y 4 episodios de IRA al año por niño, las de origen viral representan entre 80-90% de la consulta y hospitalización, una proporción puede complicarse con neumonía grave.<sup>8</sup>

#### Resultados

Los menores de cinco años con IRA dos semanas previas a la entrevista, fueron 38.4%, 47.0% y 44.8% para ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, el análisis muestra (figura 1):

- Se observa la disminución en la prevalencia de las IRA en los menores de un año en la ENSANUT 2012 en comparación con la ENSANUT 2006. La prevalencia de IRA en menores de un año en 2006 es de 48.1% (IC 44.6-51.7%) mientras que en 2012 es de 38.9% (IC 36.1-41.8%), lo que demuestra una reducción en la prevalencia entre 2006 y 2012 estadísticamente

significativa. Al ajustar por entidad federativa y periodo de levantamiento de la encuesta, la diferencia continuó siendo estadísticamente significativa. Las prevalencias en el resto de los grupos de edad permaneció estable.

- La razón hombre:mujer es 1:1, 0.9:1 y 0.9:1 para 2000, 2006 y 2012.
- La proporción de las IRA en área rural es 37.5%, 46.0%, 43.3%; en área urbana 39.1%, 47.4%, 45.4%, en ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012 respectivamente.

#### Nivel socioeconómico

Se observó disminución estadísticamente significativa en la prevalencia de infecciones respiratorias agudas referidas en las dos semanas previas a la entrevista en el quintil 1 correspondiente a los niños de nivel socioeconómico más desprotegido: de 47.6% (45.6-49.7) en 2006 pasa a 42.3% (40.3-44.3) en 2012. Al ajustar por entidad federativa y el periodo de levantamiento de la encuesta, la diferencia continuó siendo estadísticamente significativa (figura 2).

#### Área geográfica

Existen variaciones entre entidades federativas que van de 59.5% a 24.2%; 65.9 a 25.7%; y 59.7% a 34.3% años 2000, 2006 y 2012 (figura 3).

#### Patrón clínico

- Los signos de alarma que se identifican más frecuentemente por los padres o cuidadores son: "se ve más enfermo", "más de tres días con calentura", "no puede respirar", "no come ni bebe" y "respira rápido" (figura 4 y 5).

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

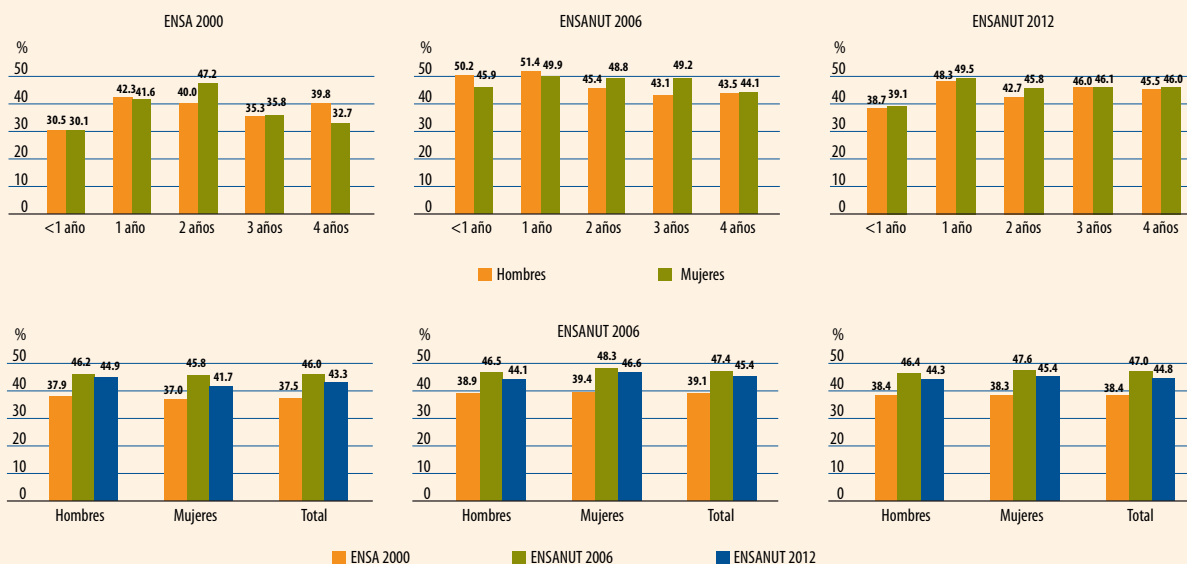
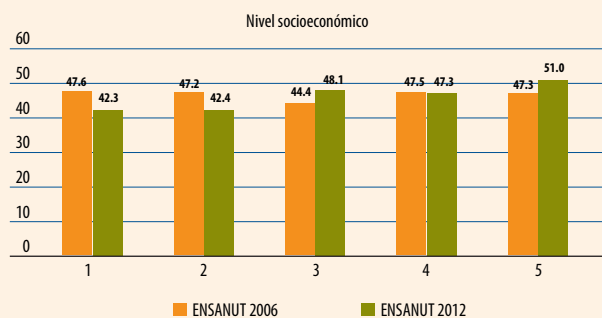


Figura 2. Proporción de menores de cinco años por nivel socioeconómico, que presentó infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



- Comparando 2012 vs 2006, la frecuencia con la que se refirió el signo de “más de tres días con calentura” incrementó su proporción (32%). En el caso de “se ve mas enfermo” y “no come, ni bebe” se observó disminución (29% y 21%).
- La prevalencia de neumonía fue mayor en los niños de 12 a 23 meses.
- La prevalencia de hospitalización fue mayor en los niños de menos de 12 meses y de 12 a 23 meses.

## Consideraciones

A partir de los resultados descritos se hacen las consideraciones siguientes:

- Al comparar la prevalencia de acuerdo a grupos de edad, en la ENSANUT 2012 se observó disminución estadísticamente significativa en la prevalencia de IRA en menores de un año.
- Asimismo disminuyó la prevalencia observada en el quintil correspondiente al nivel socioeconómico más desprotegido al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT 2006.
- La prevalencia de IRA en menores de 5 años fue similar de acuerdo a sexo o área urbana o rural.
- Existe gran variabilidad de acuerdo a las entidades federativas.
- La prevalencia de cuadros de neumonía fue considerable.
- Se observó variabilidad en la priorización de signos de alarma por padres o cuidadores, dándose mayor importancia a la fiebre en contraste con otros signos asociados a cuadros graves.

En base a lo anterior se hacen las propuestas siguientes:

## Recomendaciones

### 1. Servicios de salud

- Implementar estrategias innovadoras permanentes (presenciales, virtuales) de capacitación en:
  - Detección y atención eficiente de IRA en la unidad de salud.
  - Uso racional de antibióticos.
  - Identificar oportunamente factores de mal pronóstico en la evolución clínica desde el primer contacto con los servicios de salud.

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

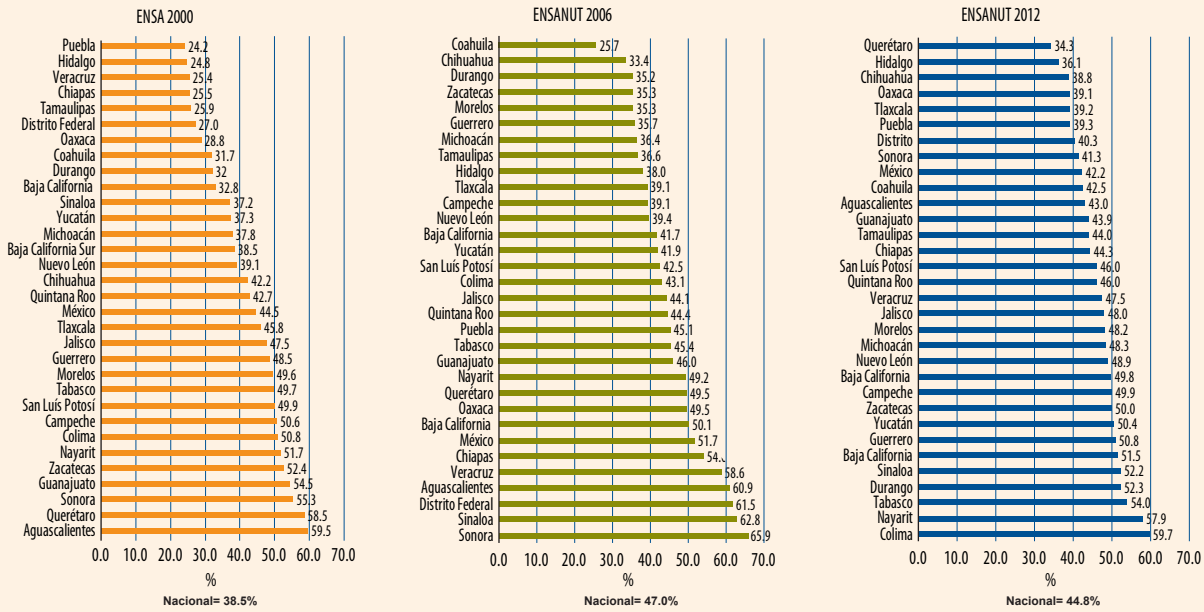


Figura 4. Proporción de menores de cinco años con infección respiratoria aguda en las dos semanas previas, cuya madre, padre o tutor identifica signos de alarma. México, ENSANUT 2012

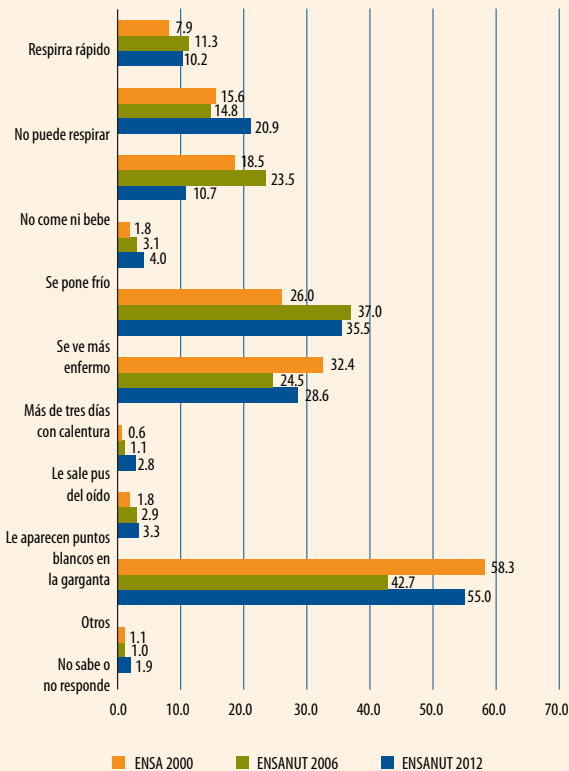
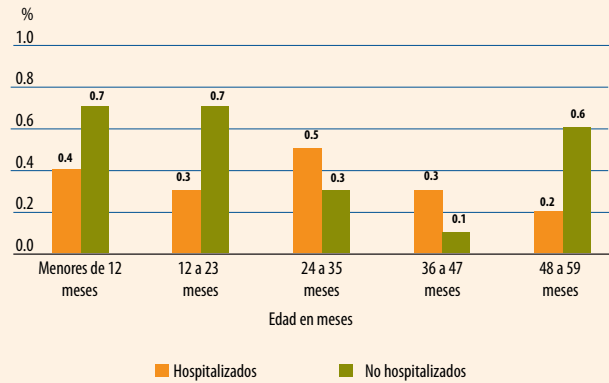


Figura 5. Proporción de menores de cinco años a quienes en los últimos tres meses el médico le diagnosticó neumonía y proporción de hospitalizados. México, ENSANUT 2012.



- Garantizar:
  - Insumos necesarios para prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
  - Cobertura con esquema básico completo de vacunación en niños de un año y menores de 5 años  $\geq 95\%$ .
  - Evaluación y Estimulo al desempeño para personal de salud, unidades de salud, guarderías y escuelas.

## 2. Población

- Desarrollar estrategias innovadoras y participativas de educación para la salud:

- Sensibilizar y concienciar para acudir a los servicios de salud, identificación oportuna de signos de alarma y evitar la automedicación.
- Promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo.
- Promover alimentación al pecho materno en los primeros 4-6 meses de vida.
- Solicitar demanda de vacunas pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión.

### 3. Promover investigación enfocada

- Métodos de diagnóstico práctico, sensible y específico.
- Factores genéticos de riesgo y mecanismos inmunológicos protectores en población
- Investigación operativa: ej. interpretación de las madres a mensajes sobre atención a niños, calidad de la atención médica, oportunidades perdidas de vacunación, etc.

### Acciones

- Promover y reforzar los centros de capacitación para la atención integrada al menor de 5 años en cada entidad federativa, promoviendo la capacitación y rotación en servicio del personal de salud de primer y segundo nivel.
- Atención eficiente, referencia y contrarreferencia ACTIVAS de IRA.
- Capacitación a las madres en la identificación de signos de alarma.
- Incrementar la cobertura de Vacunación por vacuna y esquema completo.
- Implementar programa de incentivos en los servicios de salud y escuelas hacia una comunidad educativa corresponsable.

### Conclusiones

Se observa que existen avances en los años recientes. Es urgente fortalecer la vinculación intra e interinstitucional, así como la

capacitación al personal de salud y a la comunidad (madres y cuidadores) para limitar las complicaciones. Asimismo, es necesario crear estrategias innovadoras tales como la educación a distancia para el personal de salud y el diseño de esquemas de incentivos que mejoren la calidad de la atención.

El control de la IRA es complejo. Se requiere fortalecer la oportunidad en los esquemas de vacunación. Asimismo es necesario promover la capacitación en los padres o cuidadores para lograr que se acuda oportunamente a los servicios de salud en caso de signos de alarma. En los servicios de salud es importante promover la eficiencia en la atención clínica que incluya algoritmos de respuesta inmediata ante datos de gravedad. En la comunidad se requiere promover los espacios libres de humo.

### Referencias

1. OPS. Nuevas recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea: Políticas y guías programáticas. Washington, DC OPS, 2006. 40 p.
2. OMS, ODM 4: reducir la mortalidad infantil, Meta 4.A: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años. Disponible en: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html).
3. Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la Mortalidad Infantil. México, DF, 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 DF, 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 DF, 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, DF, junio 2011. ISBN 978-607-460-237-1.

**Responsables:** José Luis Díaz Ortega,\* Elizabeth Ferreira,\* Lourdes García,\* Belem Trejo,† Martha María Téllez Rojo,‡ Juan Pablo Gutiérrez,‡ Mauricio Hernández Ávila.⁵

\* Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas. Instituto Nacional de Salud Pública

† Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. México

⁵ Dirección General del Instituto Nacional de Salud Pública. México

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>