



8. *Salud Infantil*

8. Salud Infantil



La salud infantil en el departamento de Pasco, ha continuado mejorando en la última década. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención como la diarrea infantil, el mejoramiento de la cobertura de vacunación, y la superación del problema de morbilidad infantil en niñas y niños cuyas madres tienen menor nivel educativo, baja capacidad económica o residen en el área rural. La morbimortalidad infantil está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida de una niña o niño en el país.

Este capítulo está referido a los resultados de temas tales como: peso y tamaño al nacer, la cobertura de vacunación y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades de la niñez, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y así contribuir a la planificación de los programas de salud infantil.

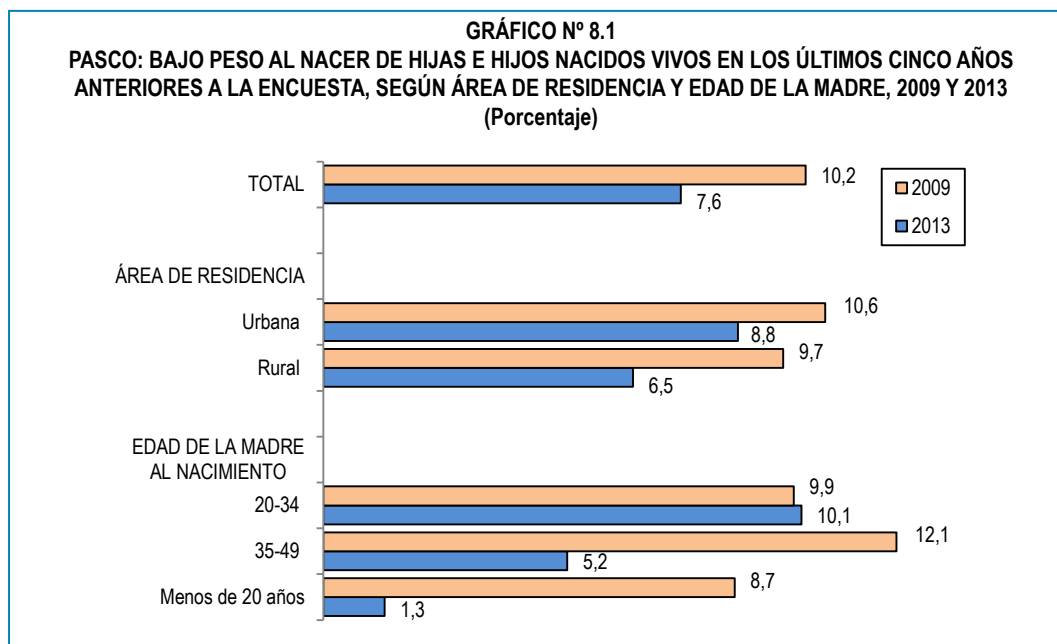
8.1 PESO Y TALLA AL NACER

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, se preguntó a las madres con hijas e hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la Encuesta, por el peso de la recién nacida o nacido y el tamaño al nacer percibido por la madre. Tales datos pueden dar una idea del bajo peso al nacer (menor de 2 500 gramos), lo cual es un factor de riesgo para la salud y supervivencia de la recién nacida o recién nacido. Los resultados se presentan en el Gráfico N° 8.1 y N° 8.2.

Bajo peso al nacer

Entre las niñas y los niños que fueron pesados al nacer, un 7,6% pesó menos de 2,6 Kg. Este porcentaje fue menor al 10,2% encontrado en el año 2009.

Con respecto al área de residencia, 8,8% de las recién nacidas o nacidos con bajo peso eran hijas e hijos de madres residentes en el área urbana, y 6,5% en el área rural.

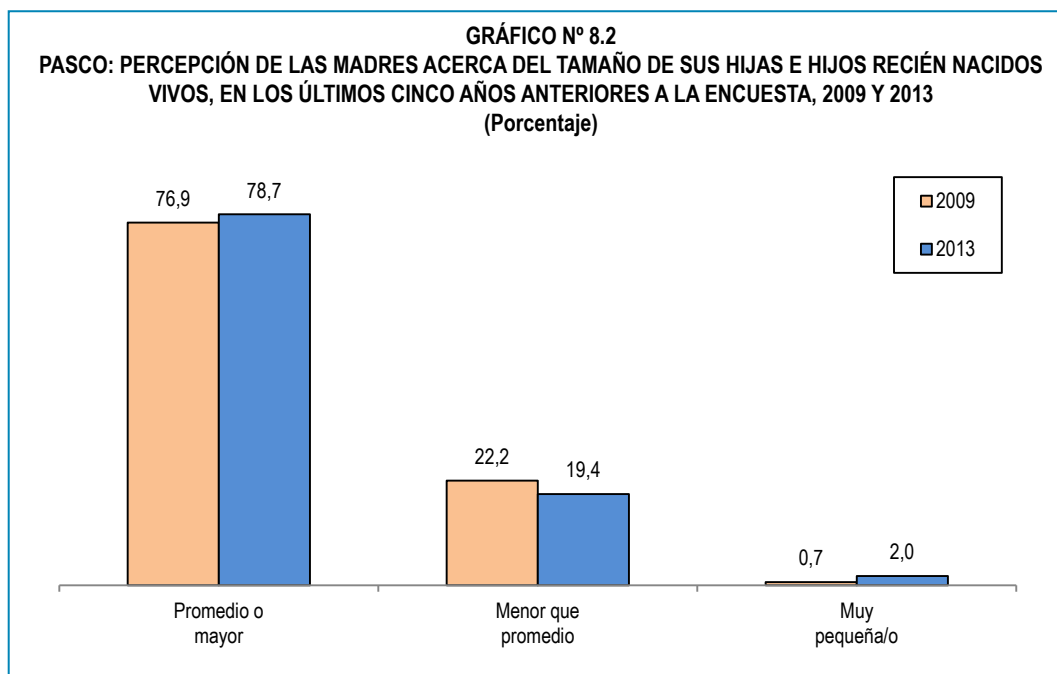


Nota: Información basada en la tarjeta de salud o por información de la madre.

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

Tamaño al nacer

Con respecto al tamaño de la niña o niño percibido por la madre, 78,7% de ellas consideraron que la niña o niño era de tamaño promedio o más grande que el promedio. Para el 19,4% el tamaño era menor que el promedio y el 2,0% informaron el tamaño de la niña o niño como muy pequeña o pequeño.



Nota: Información basada en la tarjeta de salud o por información de la madre.

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

8.2 VACUNACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

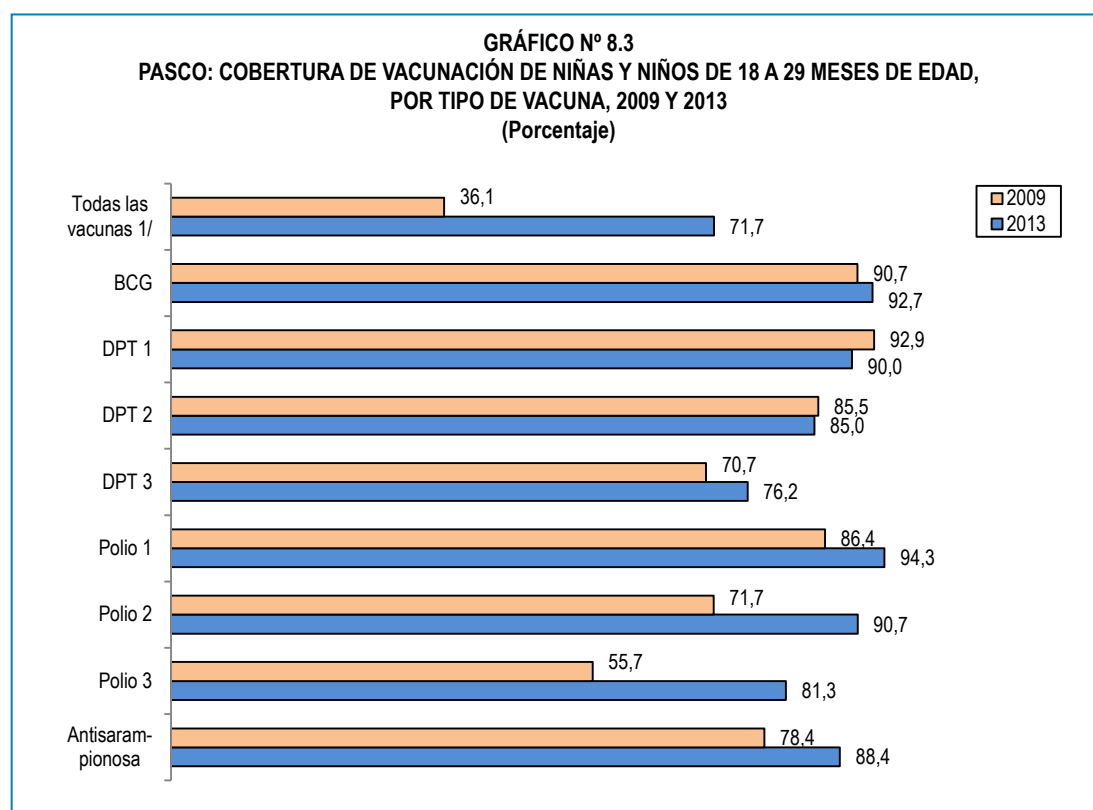
Como en versiones anteriores, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, se indagó sobre la historia de vacunación para las niñas y niños menores de cinco años de edad. Se preguntó por las

vacunas usuales para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, como la tuberculosis (BCG), difteria, pertusis o tos ferina, tétano (DPT), poliomielitis y sarampión. Los porcentajes de vacunación se desagregan de acuerdo con la información de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la madre cuando no disponía de la tarjeta. Cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud no es cuidadoso al anotar o transcribir (ej. cuando es un duplicado) y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria o conocimiento.

Desde el año 1986, los indicadores de vacunación se miden en la población que ha tenido la oportunidad de haber recibido el servicio. Años atrás, dicha población eran las niñas y niños de edades en el intervalo entre 12 a 23 meses. Sin embargo, debido a cambios en el esquema de vacunación de la vacuna anti-sarampionosa (desde los nueve meses hasta los 12 a 14 meses de edad), es más adecuado calcular la cobertura para el grupo de 18 a 29 meses de edad. En el Gráfico N° 8.3 se presentan los porcentajes de vacunación por cada tipo de vacuna para las niñas y los niños en las edades de 18 a 29 meses.

Vacunas específicas

En total, el porcentaje de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad con vacunación completa (71,7%) en el 2013, fue superior en 35,6 puntos porcentuales con respecto a lo encontrado en el año 2009 (36,1%). En relación con las vacunas específicas, la cobertura de DPT 3 fue más baja que cualquiera de las otras vacunas, no obstante, mayor que la alcanzada en el año 2009 (76,2% frente a 70,7%). La Polio 3 también mostró un porcentaje bajo (81,3%), no obstante, mayor al reportado en el año 2009 (55,7%). Asimismo, la cobertura de la vacuna anti-sarampionosa (88,4%), fue mayor en el 2013 con respecto al 2009 (78,4%).



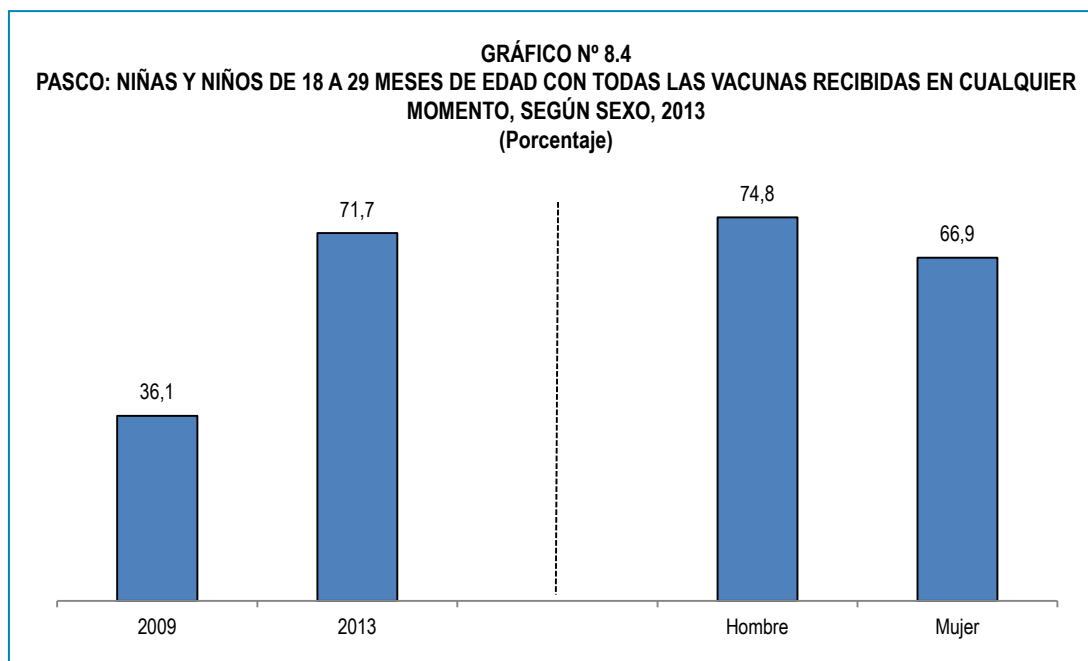
Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente del carné y la información de la madre. Los porcentajes de cada vacuna según fuente se calculan sobre el total de niñas y niños.

1/ "Todas las vacunas" comprende: una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis de polio y una dosis de la vacuna antisarampionosa.

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

Vacunación por sexo

Visto por sexo, el porcentaje de vacunación mostró diferenciales: mayor en niños (74,8%), que en niñas (66,9%).



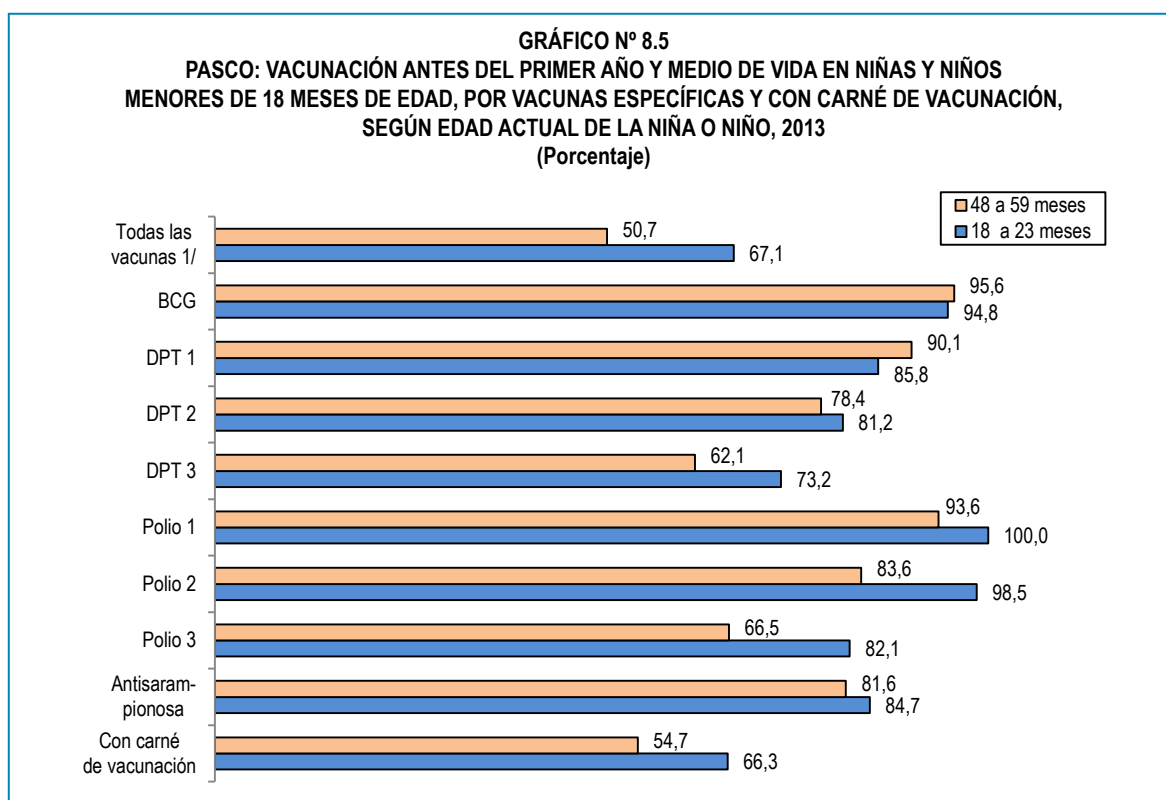
Nota: La información fue obtenida del carné de vacunación o de la madre si no tenía carné. Para las niñas y los niños cuya información fue basada en el reporte de la madre, se asume la proporción de vacunas recibidas durante el primer año; como la misma proporción que para las niñas y niños con carné de vacunación. "Todas las vacunas" comprende una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis de polio y una dosis de la vacuna antisarampionosa.

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

Vacunación en niñas y niños antes del primer año y medio de vida

Entre las madres de las niñas y niños de 18 a 59 meses de edad, se indagó sobre las vacunas que recibieron los menores antes de cumplir el primer año y medio de vida, según la edad actual de la niña o niño. Esta información permite conocer la cobertura de vacunación a diferentes edades. Así, se aprecia diferencias entre las niñas y niños "mayores" (48 a 59 meses de edad) y "menores" (18 a 23 meses de edad) que recibieron BCG (95,6% frente a 94,8%). En el caso de la Polio 3 la diferencia fue de 66,5% frente a 82,1%. La diferencia en el caso de la DPT 3 fue de 62,1% frente a 73,2% y de la anti-sarampionosa 81,6% frente a 84,7%.

Asimismo, se encontró que cuanto mayor es la niña o niño, es menor el porcentaje de madres que aún conservan el carné de vacunación, variando desde 66,3% entre las madres de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad, a 54,7% en madres con hijas e hijos entre 48 a 59 meses de edad.



Nota: La información fue obtenida del carné de vacunación o de la madre si no tenía carné. Para las niñas y los niños cuya información fue basada en el reporte de la madre, se asume la proporción de vacunas recibidas durante el primer año; como la misma proporción que para las niñas y niños con carné de vacunación.

1/ "Todas las vacunas" comprende: una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis de polio y una dosis de la vacuna antisarampionosa.

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

8.3 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y FIEBRE

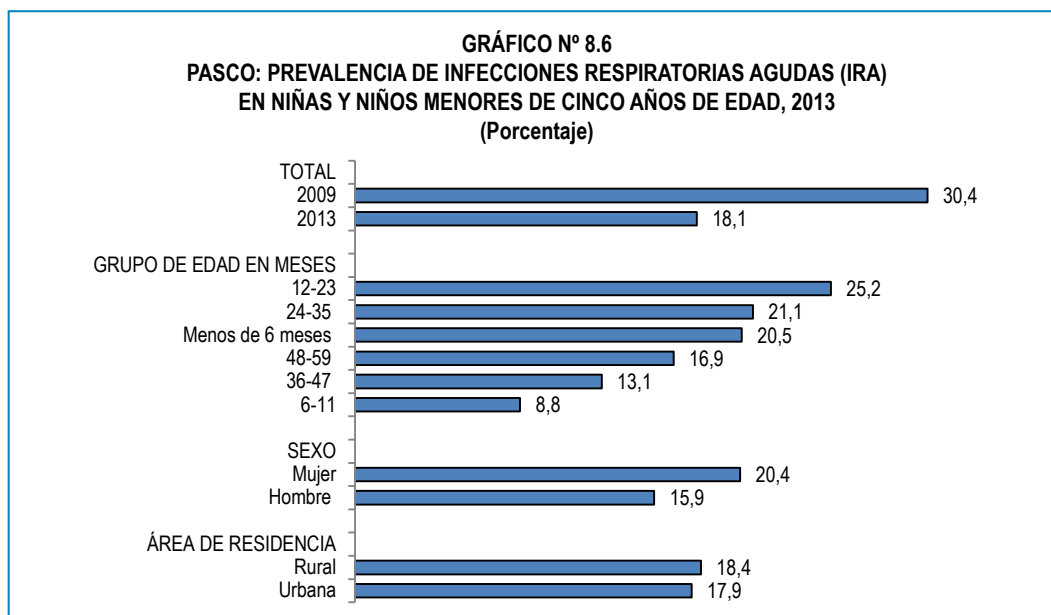
Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) habitualmente han sido una de las principales causas de mortalidad de la niñez. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, preguntó a las madres en edad fértil por la ocurrencia de síntomas de IRA (específicamente de vías respiratorias bajas, indicativas de neumonía) en niñas y niños menores de cinco años de edad, durante las dos semanas anteriores a la Encuesta. También se averiguó si entre aquellas niñas y niños afectados, se buscó tratamiento por un proveedor de salud y si recibieron antibióticos para su dolencia. Asimismo, se indagó sobre la prevalencia de fiebre entre las niñas y niños, y si la madre buscó tratamiento en establecimientos o con proveedores de salud para estas condiciones. Los porcentajes derivados de estos indicadores se desagregan por característica seleccionada y área de residencia (Gráficos N° 8.6 al N° 8.9).

Prevalencia de IRA

El porcentaje de niñas y niños con infecciones respiratorias agudas (IRA) en las dos semanas anteriores a la Encuesta fue de 18,1%, porcentaje menor al encontrado en igual periodo según la Encuesta 2009 (30,4%).

Se encontró una menor prevalencia de IRA entre las niñas y niños de seis a once meses (8,8%), prevalencia que sería menor porque los más "jóvenes", estarían protegidos por el efecto inmunológico de la leche materna.

Según área de residencia, la prevalencia de IRA mostró diferencias: mayor en el área rural (18,4%), que en el área urbana (17,9%).



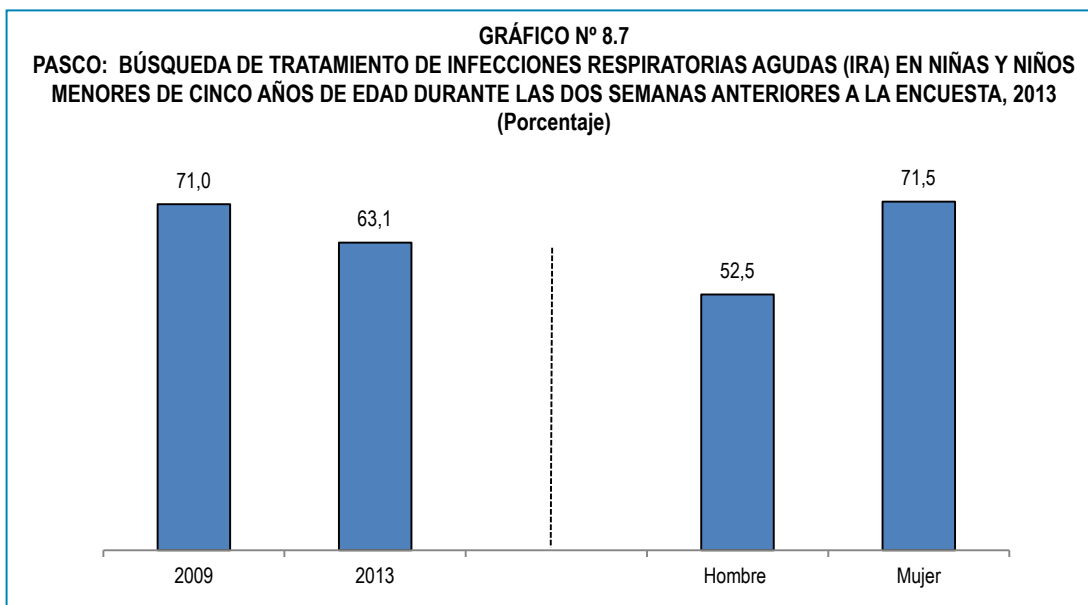
Nota: Síntomas de IRA (tos acompañada de respiración rápida y agitada).

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

Tratamiento de síntomas de IRA

El 63,1% de madres con niñas y niños afectados con IRA buscaron ayuda para su tratamiento en establecimientos o con proveedores de salud. Este porcentaje muestra una importante disminución respecto a lo observado en el año 2009 (71,0%).

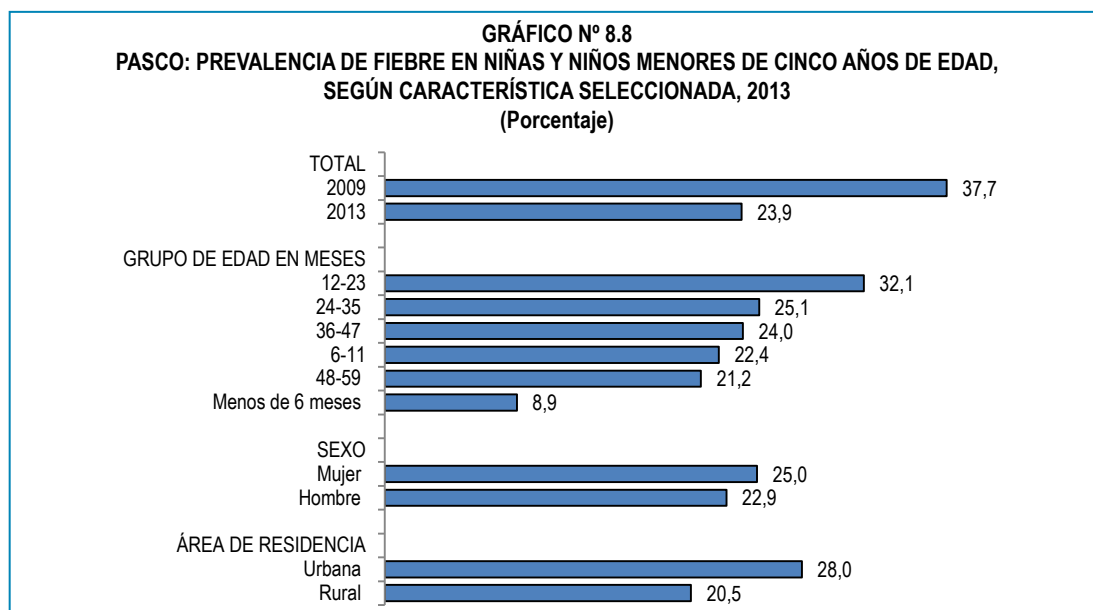
Por sexo, la búsqueda de tratamiento fue más frecuente cuando la infección respiratoria aguda afectó a niñas (71,5%), que a niños (52,5%).



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

Prevalencia de fiebre

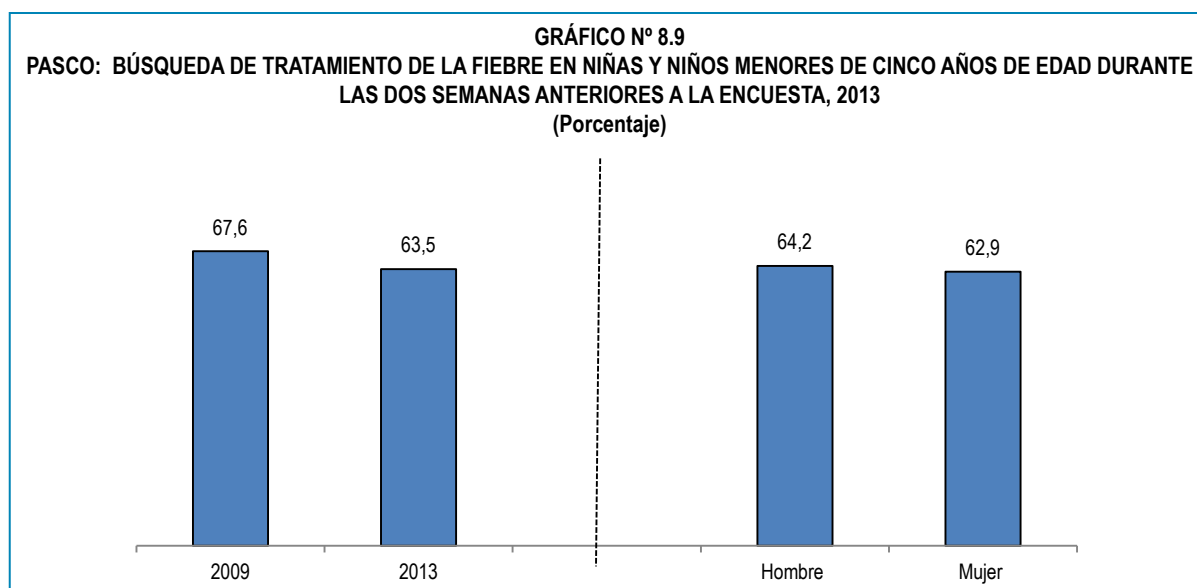
La fiebre es menos específica (puede darse para una variedad de enfermedades, incluyendo virales no graves). El porcentaje de niñas y niños con fiebre en las últimas dos semanas anteriores a la Encuesta fue de 23,9%, menor al observado en el año 2009 (37,7%). Según característica seleccionada, se encontró diferencias en la prevalencia de fiebre, siendo mayor entre las niñas y niños de 12 a 23 meses de edad (32,1%), y entre las hijas e hijos de madres residentes en el área urbana (28,0%). Por sexo, la prevalencia fue mayor entre niñas (25,0%), que entre niños (22,9%).



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

Tratamiento de la fiebre

El 63,5% de madres buscaron tratamiento con un proveedor o establecimiento de salud. Este comportamiento registró un descenso de 4,1 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta 2009 (67,6%). Vista por sexo, la búsqueda de tratamiento fue mayor cuando la fiebre afectó a niños (64,2%), que a niñas (62,9%).



Nota: La "búsqueda de tratamiento" excluye farmacia, tienda y curandero.

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

8.4 DIARREA AGUDA

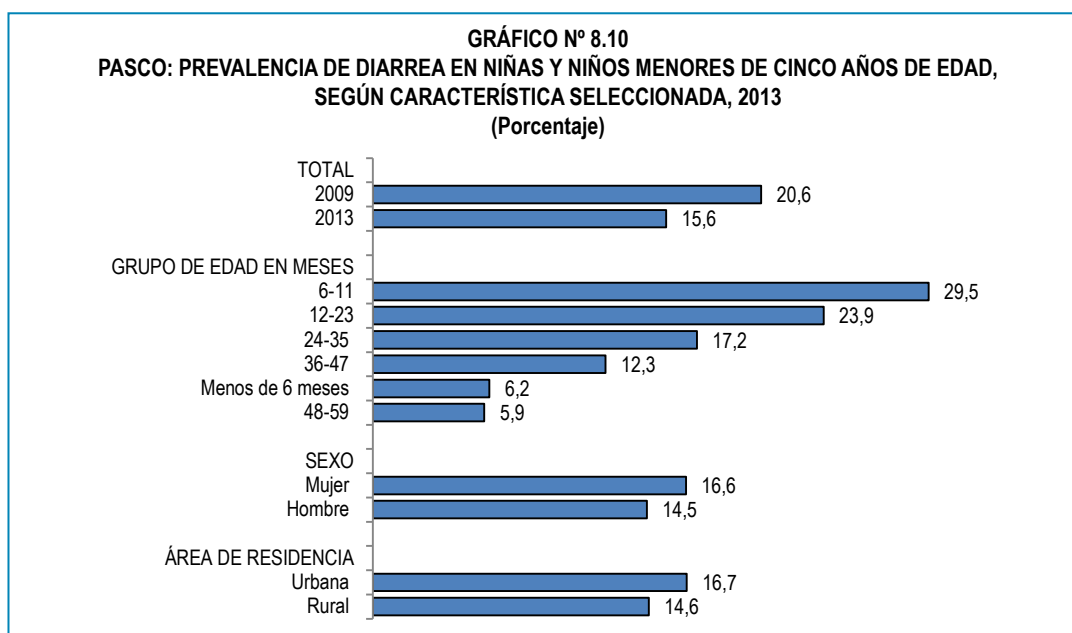
La enfermedad diarreica aguda sigue siendo una causa importante de mortalidad en la niñez. Como es usual, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 se preguntó a las madres en edad fértil por la ocurrencia de diarrea en sus niñas y niños menores de cinco años de edad, durante las dos semanas anteriores a la Encuesta. (Gráfico N° 8.10).

Adicionalmente, en la Encuesta se indagó sobre el tipo de tratamiento (Terapia de Rehidratación Oral-TRO y otros) que recibió la niña o niño durante el episodio de diarrea y la manera de eliminación de las deposiciones de las niñas y niños menores de cinco años (Gráficos N° 8.11 y N° 8.12).

Prevalencia de diarrea

La prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó el 15,6%, porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2009 (20,6%). Según edad, el porcentaje fue menor entre las niñas y niños de 48 a 59 meses (5,9%) y entre aquellas y aquellos menores de seis meses de edad (6,2%). Por sexo, se encontró mayor prevalencia entre niñas (16,6%), que entre niños (14,5%).

Con respecto al área de residencia, la prevalencia fue mayor entre las niñas y niños residentes en el área urbana (16,7%), que entre aquellas y aquellos residentes del área rural (14,6%).



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

Tratamiento de la diarrea

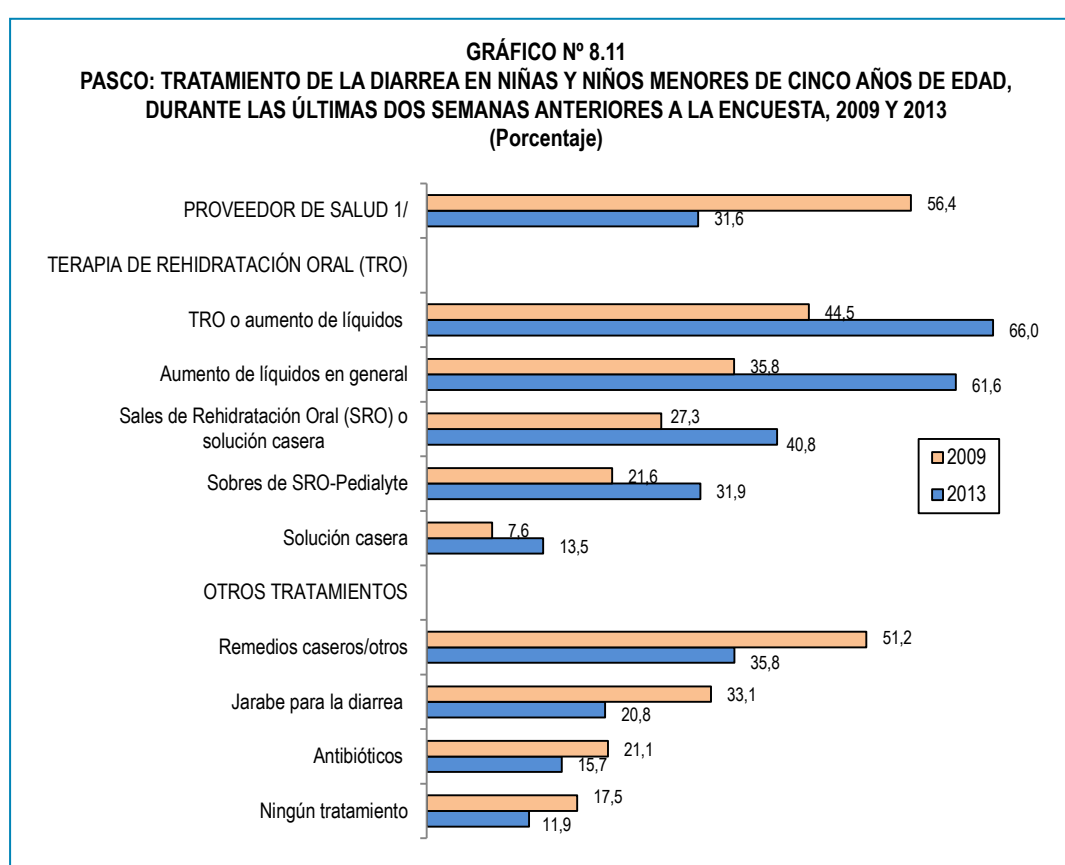
Un 31,6% de niñas y niños con diarrea fue llevado a un proveedor de salud, lo que representó una disminución de 24,8 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (56,4%).

El uso de sobres de Sales de Rehidratación Oral (SRO) en niñas y niños con episodios de diarrea fue de 31,9% (porcentaje mayor respecto al registrado en el año 2009, que fue de 21,6%). De otro lado, la Solución

Casera se siguió usando en 13,5% de casos, porcentaje mayor al observado en el año 2009 (7,6%). En el año 2013, el 61,6% de niñas y niños con diarrea recibieron un aumento de líquidos en general, porcentaje mayor al encontrado en el año 2009 (35,8%).

Con respecto a “otros tratamientos” (no aconsejados excepto antibióticos para diarreas sanguinolentas o solución endovenosa para deshidratación severa), se registró la todavía difundida práctica de remedios caseros, los que se dieron en 35,8% de casos de diarrea. Tales prácticas pueden reflejar costumbres culturales arraigadas.

El uso de antibióticos se dio en el 15,7% de los casos de diarrea, lo que fue excesivo considerando que solo debería darse aproximadamente en uno de cada cincuenta casos. El porcentaje de madres que admiten no haber dado ningún tratamiento fue de 11,9%, menor al encontrado en el año 2009 (17,5%).



1/ Proveedor de salud excluye: Farmacia, tienda y curandero.

2/ SRO: Sales de rehidratación oral.

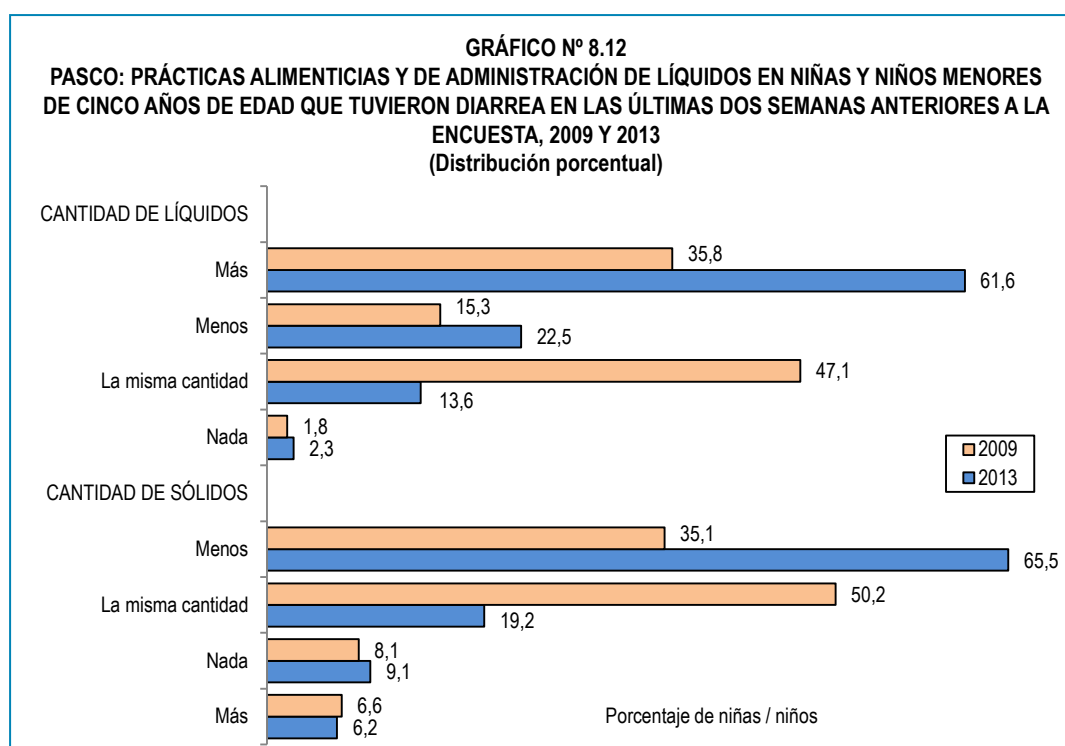
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Dado que UNICEF recomienda que la niña o el niño con enfermedad diarreica aguda reciba mayor cantidad de líquidos y sólidos durante el episodio diarreico – lo que en ocasiones va opuesto a creencias culturales de algunas madres – se efectuaron tales indagaciones en esta Encuesta. Asimismo, se les preguntó a las madres sobre la forma en que las deposiciones de las niñas y los niños son desechadas, como una aproximación a sus conocimientos y prácticas higiénicas que pueden contribuir a evitar la diseminación de enfermedades de este tipo.

Prácticas alimenticias y de administración de líquidos durante la diarrea

En el año 2013, se encontraron diferencias importantes con respecto a los niveles de administración de líquidos a un niño o una niña enferma con diarrea. Por ejemplo, “más” administración de líquido se dio en 61,6% de casos, comparado con 35,8% del año 2009.

Con alimentos sólidos, el nivel fue notoriamente bajo, (le dan “más”: 6,2% frente a 6,6%). Darle “menos” (suma de “un poco menos” y “mucho menos”) sólidos, aumentó de 35,1% a 65,5% entre el 2009 y 2013. Esto indica que se debe de reforzar el contenido educativo de las campañas dado que un porcentaje importante de las madres desconocerían el efecto positivo de administrar mayor cantidad de alimentos sólidos a la niña o niño con diarrea, con el objetivo de contrarrestar las pérdidas de peso provocadas por la enfermedad y ayudar a la recuperación post diarreica.



Nota: "Menos" incluye "un poco menos" y "mucho menos".

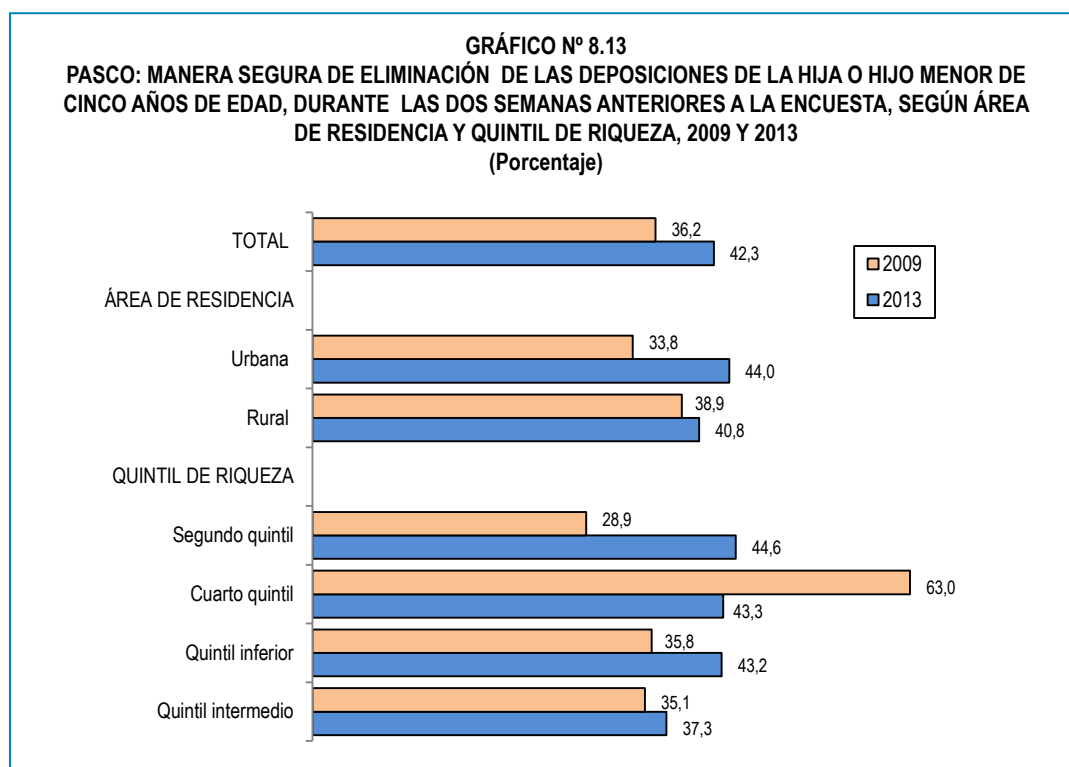
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Eliminación de las deposiciones de niñas y niños

El porcentaje de eliminación de las deposiciones de manera segura (uso de inodoro/letrina), mostró un aumento al pasar de 36,2% en el año 2009 a 42,3% en el 2013.

Según área de residencia, la frecuencia de esta práctica fue menor entre las madres residentes en el área rural (40,8%), que entre aquellas del área urbana (44,0%).

De igual modo, la eliminación de las deposiciones de manera segura, mostró diferencias según quintil de riqueza. Así, en el 2013 este comportamiento se observó más entre madres pertenecientes los quintiles segundo (44,6%), cuarto (43,3%) e inferior (43,2%), que entre aquellas del quintil intermedio (37,3%).



Nota: "Manera segura" se refiere al uso de inodoro/letrina para la eliminación de deposiciones..

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