

Aplicación de prácticas claves para prevención de enfermedades en niños menores de 5 años

Application of key practices for the prevention of diseases in children under 5 years of age

Kendy Madero Zambrano¹, Diana Marsiglia López², Keydis Ruidiaz Gómez³, Lindsay Peinado Valencia⁴

Citación: Madero-Zambrano K, Marsiglia-López D, Ruidiaz-Gómez K, Peinado-Valencia L. Aplicación de prácticas claves para prevención de enfermedades en menores de 5 años. *Ustasalud* 2023; 22 (2): 81-89.

Resumen

Licencia Creative Commons



La revista Ustasalud declara que su contenido se rige bajo la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin Derivar 4.0 Internacional. Por lo tanto, los lectores pueden acceder libremente a los artículos en su formato .pdf, igualmente podrán descargarlos y difundirlos; sin embargo no podrán modificarlos o alterarlos, adicionalmente se debe reconocer la autoría de las personas que figuran en las publicaciones, pero estas no podrán ser comercializadas.

Introducción: En el marco del desarrollo de estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad infantil se encuentran las acciones tendientes a disminuir las enfermedades que más prevalecen en los niños menores de cinco años. **Objetivo:** Evaluar la aplicación de la estrategia AIEPI para la prevención de enfermedades en padres y cuidadores de niños menores de 5 años. **Metodología:** Estudio cuantitativo descriptivo, con una muestra de 323 padres de familia o cuidadores. Se aplicó el cuestionario de aspectos sociodemográficos y prácticas claves componente 2 de la estrategia AIEPI. El análisis de la información se realizó mediante el *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 en español. **Resultados:** El 91,6% de los cuidadores cumple con llevar a los niños al programa de vacunación; sin embargo, solo 83% tiene esquema completo. El 29,4% hierve el agua y el 55,4% la consume directo del grifo. En relación con la disposición de excretas el 47,7% utiliza caneca para desecharlas, 8% lo realiza a través de pozo séptico y el 4,6% las desecha en el caño cercano a la vivienda. 75,9% no usa toldillo. **Discusión:** Datos recopilados del componente dos, estrategia AIEPI, pudieron determinar que la mayoría de los padres o cuidadores llevan a los niños a vacunar, aspecto importante para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, concordando con altas coberturas de vacunación reportadas en el país. **Conclusión:** Los padres de familia o cuidadores de niños menores de 5 años de un barrio de la ciudad de Cartagena, incorporan parcialmente las prácticas claves para prevención de enfermedades.

Palabras clave: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, vacunación, saneamiento de viviendas, control de vectores

Abstract

Introduction: Within the framework of the development of strategies to reduce infant morbidity and mortality, there are actions aimed at reducing the diseases that most prevail in children under five years of age. **Objective:** To evaluate the application of the IMCI strategy for the prevention of diseases in parents and / or caregivers of children under 5 years of age. **Methodology:** Descriptive quantitative study, with a sample of 323 parents and / or caregivers. The sociodemographic aspects questionnaire and Key practices component 2 of the IMCI strategy were applied. The analysis of the information was carried out using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22 in Spanish. **Results:** 91.6% of caregivers comply with taking children to the vaccination program, however, only 83% have a complete schedule. 29.4% boil the water and 55.4% consume it directly from the tap. Regarding the disposal of excreta, 47.7% use caneca to dispose of them, 8% do it through a septic tank and 4.6% dispose of them in the pipe near the house. 75.9% do not use a canopy. **Discussion:** Data collected from component two of the IMCI strategy, were able to determine that the majority of parents and/or caregivers take their children to be vaccinated, an important aspect of preventing vaccine-preventable diseases, agreeing with the high vaccination coverage reported in the country. **Conclusion:** Parents and / or caregivers of children under 5 years of age in a neighborhood of the city of Cartagena, partially incorporate key practices for disease prevention.

Keywords: Integrated Management of Childhood Illness, Vaccination, Housing Sanitation, Vector Control.

1 Enfermera. Magister en Auditoría y Sistemas de la Calidad en los Servicios de Salud, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena, Colombia.

2 Enfermera. Magister en Enfermería (C), Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena, Colombia.

3 Enfermera. Magister en Enfermería. PhD en enfermería, Universidad del Sinú EBZ. Cartagena, Colombia.

4 Enfermera. Magister en Educación, Universidad del Sinú EBZ. Cartagena, Colombia.

Autor de correspondencia:

Kendy Madero Zambrano

Correo electrónico:

kendy.madero@curnvirtual.edu.co

Recibido:

13 de febrero de 2023

Aceptado:

15 de mayo de 2023

Publicación en línea:

06 de octubre de 2023

INTRODUCCIÓN

En el marco del desarrollo de estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad infantil, se encuentran las acciones tendientes a disminuir las enfermedades que más prevalecen en los niños menores de cinco años. Las causas más comunes de complicaciones están relacionadas con infección respiratoria aguda (IRA), diarrea, sarampión, malaria y desnutrición [1]. La alta incidencia de estas enfermedades ha permitido la adopción de la estrategia AIEPI en más de 100 países, como una guía para promover el diagnóstico y tratamiento oportuno, fortalecer el asesoramiento de los cuidadores y priorizar la remisión de niños en estado de gravedad [2]. La vigilancia y control de síntomas como tos o dificultad para respirar; diarrea; fiebre; y problemas de oído, se constituye en el pilar fundamental para el abordaje de estos síntomas. Sumado a esto, la verificación del estado nutricional y el estado actual de vacunación del niño, son indispensables para clasificar oportunamente la enfermedad y manejar sus complicaciones [3]. Dentro de las acciones de prevención se encuentra la aplicación de biológicos para prevenir la gran mayoría de estas afecciones [4].

En el estudio realizado por Li Liu y colaboradores [5], las principales causas en menores de 5 años fueron complicaciones del parto prematuro (1,055 millones [rango de incertidumbre del 95% (UR) 0,935-1,179]), neumonía (0,921 millones [0,812 -1,117]), y eventos intrapartos (0,691 millones [0,598 -0,778]). En las dos regiones de los ODM con la mayor cantidad de muertes de menores de 5 años, la principal causa fue la neumonía en el África subsahariana y las complicaciones del parto prematuro en el sur de Asia. Las reducciones en las tasas de mortalidad por neumonía, diarrea, eventos neonatales intraparto, malaria y sarampión fueron responsables del 61% de la reducción total de 35 por 1000 nacidos vivos en la TMM5 en 2000-15. Estratificada por TMM5, la neumonía fue la principal causa en países con TMM5 muy alta. Las complicaciones del parto prematuro y la neumonía fueron importantes en países con mortalidad infantil media alta y media; mientras que las anomalías congénitas fueron la causa más importante en países con TMM5 baja y muy baja.

En esta misma línea el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF concluye que la cifra total de menores de cinco años que viven en Alemania, Francia, Grecia e Italia corresponde a 10.6

millones; cifra total de niños y niñas que murieron en todo el mundo en el 2003 antes de cumplir los cinco años, siendo la mayoría por causas prevenibles [6]. Igualmente, un estudio realizado en la región de las Américas demostró que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), la diarrea y la desnutrición representan las principales causas de mortalidad dentro de este conjunto, y representan entre el 3.1% del total de muertes por causas definidas. Además, evidencian que el peso de estas enfermedades es ocho veces más alto en algunos países, que lo que se observa en los países desarrollados de esta Región [7].

Tal es el caso de Bolivia, el cual ocupa el segundo lugar entre los países con mayores tasas de mortalidad de la infancia y la niñez en la región de Latinoamérica y el Caribe. Según un estudio realizado por Cordero y cols [8], la condición para que este país disminuya la mortalidad de esta población es, sin duda, la adecuación del sistema de salud al proceso de descentralización; mejora de la gestión y continuidad del sistema de aseguramiento público. Por otra parte, es imprescindible la mejora de las condiciones de vida de la población más pobre, puesto que será muy difícil que el sector salud, de manera independiente y en un contexto de pobreza, pueda mantener o mejorar uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de un país: la mortalidad de los niños y niñas. En Colombia, la prevalencia de enfermedades atribuidas a infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición reportaron según el último informe 1.209 muertes en la población menor de cinco años. El 56,7% se asocia a muertes por IRA, seguido de 27,3% por desnutrición y 16% por enfermedad diarreica aguda [9].

Por tanto, la IRA y la EDA se constituyen en las dos principales causas de muerte en la población infantil. Es por ello que la neumonía y sus complicaciones predominan en niños con bajo peso al nacer, malnutrición, niños no alimentados con lactancia materna y aquellos que viven en constante hacinamiento; a su vez la diarrea se atribuye al consumo de agua y alimentos insalubres, malnutrición, falta de higiene con mala disposición de excretas y lavado de manos escaso, así como los niños que no fueron alimentados con leche humana [10].

En consecuencia, se establecen medidas de prevención general, fácilmente aplicables para reducir la prevalencia de la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades. En el caso de las infecciones respiratorias agudas, la aplicación

de estrategias como cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años, ofrecer y mantener la lactancia materna hasta los dos años o más, incluir en la dieta alimentos saludables y balanceados de acuerdo con la pirámide nutricional y mantener los espacios de la vivienda libres de contaminación y hacinamientos, son el foco central de la prevención para esta enfermedad. Para la diarrea, los elementos centrales de prevención se enfocan en garantizar la lactancia materna por el tiempo mínimo recomendado, la preparación adecuada de alimentos, el consumo de agua potable, mantener la higiene adecuada, la disposición y manejo de excretas, cortan la cadena de transmisión de microorganismos, por último, la vacunación y la nutrición adecuada cierran el ciclo de prevención de esta patología [6].

Si bien es cierto que, en Colombia, la salud es un derecho fundamental del niño. Es necesario, partir de la idea de que los niños por la corta edad que tienen van a depender en una gran magnitud de sus padres para el cuidado de su salud; es por eso que AIEPI, surge como una estrategia que busca reforzar e involucrar a la familia, comunidad e instituciones de salud, favoreciendo la disminución de la mortalidad a través de la educación del personal de salud, de madres y cuidadores sobre cómo prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia, además de promover y reforzar factores protectores como lactancia, nutrición e inmunización [11].

Luego entonces, sería necesario preguntarse si existe una incorporación adecuada de la estrategia AIEPI en padres de familia y cuidadores de las poblaciones de Colombia. Un panorama de esta situación nos lo da el estudio realizado en la ciudad de Popayán por Delgado y cols [12], el cual determinó los conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia, en el que concluyeron que la mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas.

Asimismo, Mosquera y cols [13] en su estudio denominado: *Vivencia de las madres frente al manejo de la IRA en contexto de la estrategia*, lograron establecer, que a pesar de que las madres tienen ideas relacionadas con algunas de las prácticas de prevención y signos de alarma frente a IRA, para muchas es difícil tomar la decisión de acudir a los servicios de salud, ya que no tienen suficien-

tes conocimientos que guíen su actuar. Paralelamente, las inconformidades con la atención en los servicios de salud influyen en esta decisión, ya que refieren que deben esperar largos tiempos para que las atiendan y el trato que reciben allí no es el mejor.

Por otra parte, el análisis de situación en salud del distrito de Cartagena, en lo que respecta al comportamiento de la morbilidad en la primera infancia (0 a 5 años) por subgrupos según condiciones transmisibles y nutricionales, evidencia que las infecciones respiratorias presentaron la mayor proporción de casos durante el año 2014 con un 47,84% del total de casos registrados, el año que presentó la mayor proporción fue el 2011 con un 48,39%, mostrándose una ligera tendencia hacia el descenso a lo largo de los últimos 6 años, con una variabilidad de - 0,10 puntos porcentuales respecto al 2013; le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 45,72% en el 2014, la proporción más alta se registró en el año 2010 con un 46,35%; el tercer lugar lo ocuparon las deficiencias nutricionales con un 6,43%, siendo este el año en el que se registró la mayor proporción [14].

En relación con las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, ocupa el tercer lugar, manteniendo una alta prevalencia, siendo la neumonía la patología que destaca en este grupo de menores de 5 años. Es importante resaltar que el 60% de los menores de 5 años que fallecieron por IRA en el 2016 residían en la localidad 2 (barrio donde se ubica la población objeto de estudio), el 24% en la localidad 1 y el 16% en la localidad 3. Durante el periodo 2006 - 2016 la tasa de mortalidad neonatal fue 21,9%, infantil 33,4%, niñez 35,1%, por EDA 84,5% y desnutrición 69,1%, registran una tendencia al descenso. En el mismo periodo, la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años disminuyó, pero la tendencia se mantiene por encima de la media nacional [15].

Por su parte, un estudio realizado en el área rural de Cartagena, en el cual describieron las prácticas claves de AIEPI aplicadas por familias, determinó que; La lactancia materna exclusiva es efectiva (60,6% (77); el 92,8% (529) tiene el esquema de vacunación completo, la enfermedad que más se presentó fue la IRA (56,3% (321), seguido de fiebre (36,3% (207) y EDA (34,4% (196)), el 88,5% (146) en caso de diarrea dieron sales de rehidratación oral (SRO). El signo de peligro que más reconocieron los padres fue la dificultad respiratoria (33,5% (191). Lo que los conllevó concluir: que los conocimientos y prácticas

en los cuidadores fueron inadecuados, se evidencia la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad [16].

En consecuencia, la vigilancia del cuidado es importante tanto en las instituciones de salud como el realizado por los cuidadores en las comunidades. Por tanto, es significativo que se establezca el estado de salud y desarrollo infantil desde las familias, los hogares y en general desde de la comunidad [17]. Se plantea por tanto el siguiente objetivo, evaluar la aplicación de la estrategia AIEPI, en la prevención de enfermedades a través de la vacunación, manejo adecuado de excretas, promoción de lavado de manos y el tipo de agua de consumo, control de vectores por parte de los padres o cuidadores de los niños menores de 5 años en un barrio de la localidad 2 de la ciudad de Cartagena.

METODOLOGÍA

Para evaluar la incorporación de la estrategia AIEPI en padres o cuidadores, componente número dos: la prevención de enfermedades en padres o cuidadores de niños menores de 5 años, se adoptó un enfoque investigativo de naturaleza cuantitativa [18], de tipo descriptivo y de corte transversal [19].

La población estuvo conformada por 2040 padres de familia y cuidadores que residen en el barrio Olaya Herrera sector central de Cartagena, referenciados en la encuesta DANE 2015. La muestra se constituyó por 323 padres de familia y cuidadores seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Para el cálculo muestral se tuvo en cuenta un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. La selección de los participantes estuvo dada por criterios de inclusión, como: 1) ser padres de familia o cuidadores con hijos menores de cinco años, residentes del barrio Olaya Herrera, 2) padres de familia o cuidadores que deseen participar de la investigación.

El barrio Olaya Herrera forma parte de la Localidad De la Virgen y Turística; está constituido a su vez por once sectores: Rafael Núñez, Villa Olímpica, Once de Noviembre, Ricaurte, Central, La Magdalena, La Puntilla, Progreso, Stella, Zarabanda y Playa Blanca; en gran parte correspondientes al estrato I y II. Sin embargo, el sector Centran contempla hasta el estrato 0.

El instrumento utilizado fue diseñado por los investigadores teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Organización Panamericana de la Salud, en relación con las prácticas claves de la estrategia de Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia, fue validado por dos expertos (facilitadores AIEPI Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena). Además, se realizó prueba piloto al 10% de la muestra, tomados de un sector distinto de la misma localidad, para verificar la idoneidad y confiabilidad del instrumento se calculó el Alfa de Cronbach 0,78.

El cuestionario cuenta con dos dimensiones: 1) Aspectos sociodemográficos y 2) Prácticas claves componente 2 de la estrategia AIEPI: Para la prevención de enfermedades, evaluándose tres de los seis ítems, 1) Vacunación: asistencia en las fechas previstas de vacunación, cumplimiento de esquema completo según edad, conservación de carné de vacunación; 2) Saneamiento básico: disposición de heces fecales, lavado de manos con agua y jabón (antes de la preparación de los alimentos; antes de comer y dar de comer al niño, después de ir al baño, después de cambiar pañales, tipo de agua de consumo); 3) Prevención de malaria y dengue: uso de toldillo, uso de mallas en puertas y ventanas, uso de insecticidas, presencia de aguas estancadas, medidas para evitar criadero de mosquitos.

La recolección y el procesamiento de la información se realizó mediante la aplicación del cuestionario, con previa autorización de participación en el estudio mediante firma del consentimiento informado. La aplicación del instrumento estuvo a cargo de los investigadores y estudiantes semilleristas de último año quienes asistieron a las capacitaciones de orientación metodológica y documental para iniciar la recolección de datos y evitar sesgos de confusión, de medición y subjetividad.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos previamente se elaboró una matriz en Excel, donde se recurrió al uso de diversas medidas estadísticas de tipo descriptivo (media, intervalos de confianza, moda, mediana, valores mínimo y máximo, desviación estándar), posteriormente se analizó la información mediante el *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 en español.

Consideraciones éticas

La investigación se clasificó como una investigación sin riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, dado que se emplearon técnicas y métodos de investigación sin ninguna intervención [20]. También se obtuvo aval por parte del comité de ética para realizar el estudio.

RESULTADOS

En relación con el tipo de cuidador caracterizado en la población objeto de estudio, se observa 73,1% (236) refieren ser madres. Como dato interesante y en segundo lugar con relación al tipo de cuidador, se evidencia la presencia de abuelos en un 13,3%. El 56,7% terminaron los estudios de secundaria y solo 2,5% refieren no tener ningún tipo de estudios.

En cuanto a la vinculación al sistema de salud el 65,3% refiere ser del régimen subsidiado y solo un 19,2% y 3,1% pertenecen al régimen contributivo y especial, respectivamente. Al considerar el tipo de familia se presenta la familia nuclear como la más predominante con un 44,9%, seguido de la familia extensa con un 44%.

Se evidencia que las edades de los cuidadores entre 23 y 32 años corresponden al 33,4%, seguidos del 32,5% de los cuidadores con edades entre 13 y 22 años. Con relación a la edad del padre cuidador, se sigue manejando el mismo patrón, ya que el mayor porcentaje de estos, es decir el 37,2%, tienen edades entre 23 y 32 años seguidos del 31% con edades entre 13 y 22 años. Para el caso de la figura de la madre cuidadora en la población de estudio, se evidencia en cambio, que el porcentaje de edades más frecuentes es el rango entre 13 y 22 años con un 41,2% seguido de las madres con edades entre 23 y 32 años con un 32,8% (Tabla 1).

Al evaluar las prácticas claves en relación con las enfermedades prevalentes de la infancia, se evidencia el compromiso de los padres de familia o cuidadores en el tema de la vacunación, 296 de estos llevan a sus hijos a vacunar lo que representa el 91,6% de los cuidadores de la población de estudio. De todos estos, solo el 17% refieren no tener el esquema de vacunación completo y solo el 1,2% evidencia tener un carné en mal estado (Tabla 2).

Tabla 1. Características relacionadas con los aspectos sociodemográficos de padres de familia o cuidadores del barrio Olaya Herrera.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de Cuidador	Ambos padres	25	7,7
	Mamá	236	73,1
	Papá	7	2,2
	Hermanos	8	2,5
	Abuelos	43	13,3
	Tíos	3	0,9
	Primos	1	0,3
Sexo	Femenino	304	94,1
	Masculino	19	5,9
Estado Civil	Casado	37	11,5
	Separado	25	7,7
	Divorciado	1	0,3
	Soltero	39	12,1
	Unión Libre	221	68,4
Nivel Educativo	Ninguno	8	2,5
	Primaria	49	15,2
	Bachillerato	183	56,7
	Técnico	53	16,4
	Tecnológico	17	5,3
Vinculación sistema de salud	Universitario	13	4,0
	Vinculado	40	12,4
	Régimen subsidiado	211	65,3
	Régimen contributivo	62	19,2
	Régimen Especial	10	3,1

Tabla 2. Características relacionadas con la vacunación del niño por los padres de familia o cuidadores del barrio Olaya Herrera.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
Lleva el niño a vacunar	Si	296	91,6
Esquema completo	Si	268	83,0
	Bueno	250	77,4
	Regular	69	21,4
Estado del carnet	Malo	4	1,2

Con relación al manejo de las excretas por parte de los cuidadores, es evidente que la gran mayoría, es decir el 47,7%, usan las canecas como forma de eliminación de estas y al mismo tiempo un 38,1% usan el retrete para tal fin.

De igual forma, el lavado de manos con agua y jabón se ejecuta en el 97,5% de los cuidadores y para el caso de lavarse las manos antes de preparar los alimentos, es evidente que el 88,5% refieren tener dicha práctica.

Solo el 13,6% de las madres o cuidadores refieren no lavarse las manos antes de comer o dar de comer a sus hijos y un 11,8% no lavarse las manos después de hacer sus necesidades. El 76,8% refieren igualmente lavarse las manos después de cambiar los pañales al niño.

Respecto al agua de consumo llama la atención que más de la mitad, es decir el 55,4% de las madres o cuidadores, usa agua del grifo para el consumo (Ver tabla 3).

Tabla 3. Características relacionadas con el manejo de excretas, el lavado de manos y el tipo de agua de consumo por los padres de familia o cuidadores del barrio Olaya Herrera.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
	Caneca	154	47,7
	Retrete	123	38,1
Desecho de heces fecales	Poza séptica	26	8,0
	Enterradas	4	1,2
	En el caño	15	4,6
	Se queman	1	0,3
Lavado de manos con agua y jabón	Si	315	97,5
Lavado antes de preparar los alimentos	Si	286	88,5
Lavado de manos antes de comer y dar de comer al niño	Si	279	86,4
Lavado de manos después de hacer sus necesidades	Si	285	88,2
Lavado de manos después de cambiar pañales	Si	248	76,8
Tipo de agua de consumo	Agua Hervida	95	29,4
	Agua Filtrada	36	11,1
	Agua del grifo	179	55,4
	Almacenada	13	4,0

Con respecto a las medidas usadas por los padres o cuidadores para el control de vectores resalta que solo el 24,1% hace uso del toldillo, seguido del rociar las áreas de descanso con insecticidas con el 23,2%, siendo las prácticas más usadas para el control de vectores. Sumado a esto, se evidencia que en el 69,7% de los casos hay presencia de aguas estancadas, el 54,8% no hace lavado de tanques y el 64,7% no tienen la práctica de fumigar tal como se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4. Características relacionadas con el control de vectores por los padres de familia y/o cuidadores del barrio Olaya Herrera.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
Uso de toldillo	Si	78	24,1
Mallas en puertas y ventanas	Si	28	8,7
Impregnar de insecticida los toldillos	Si	56	17,3
Rociar las áreas habitables y de descanso con insecticida	Si	75	23,2
Ninguna medida para evitar dengue o malaria	Ninguno	104	32,2
	No aplica	219	67,8
Aguas estancadas	Si	225	69,7
Lavado de tanques	Si	146	45,2
Fumiga	Si	114	35,3
Ninguna medida para evitar criadero	Ninguno	24	7,4
	No aplica	299	92,6

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos recopilados del componente dos de la estrategia AIEPI, pudieron determinar que la mayoría de los padres o cuidadores llevan a los niños a vacunar, aspecto importante para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, concordando con las altas coberturas en vacunación reportadas en el país. Este dato difiere de lo encontrado por Boscan y cols, en el que las madres reconocen haberse retrasado en el cumplimiento de alguna dosis de vacuna 56,3%, a pesar de conocer el calendario de vacunación de su hijo 94,4% [21]. El 17% tiene esquema incompleto de vacunación, dato similar a lo reportado por López y cols [22], donde se evidencia en la revisión de carnés de vacunación que los niños tienen

esquema incompleto en un 13,9%. Al respecto, Véliz y cols [23] opinan que a pesar de la intención que tienen los padres de vacunar a sus hijos (91,1%), existe desconocimiento sobre las vacunas que deben colocarle al niño. Este desconocimiento puede afectar el cumplimiento del esquema de vacunación de acuerdo con la edad, para mitigar las enfermedades que se previenen con su aplicación.

Por otra parte, según las características relacionadas con el manejo de excretas, el lavado de manos y el tipo de agua de consumo de las familias encuestadas, 38,1% cuenta con servicio de alcantarillado, dato que contrasta con lo reportado por otro estudio en el que es mayor el acceso a este servicio 63,7% [24]. Por otra parte, aun se observa la utilización de pozo séptico en un 8% (26) de las familias, observándose una diferencia en el reporte de Alvarado y cols [25], donde la utilización de este elemento para el desecho de heces es de un 2,7% (2).

La utilización de agua y jabón para el lavado de manos fue predominante, sin embargo, esta práctica tiene un descenso leve cuando se detalla en qué momento se efectúa el lavado con estos dos elementos, los cuidadores y sus hijos se lavan las manos antes de comer en un 86,4%, similar a lo encontrado en una región peruana donde el 87,9% se lava las manos con agua y jabón antes de las comidas [26].

El acceso al agua potable es un derecho universal declarado por las Naciones Unidas, con el fin de garantizar este requisito a todas las comunidades, especialmente las más vulnerables [27]. En el estudio se observa que solo el 22,9% consume agua hervida, considerándose el consumo de agua sin tratar como un factor de riesgo para la aparición de enfermedades gastrointestinales; 52% de los niños en una comunidad de Ecuador consume agua hervida dato que contrasta con lo evidenciado en el estudio [28]. Por otra parte, existe un porcentaje elevado de familias que consumen agua directa del grifo 55,4%, similar a lo reportado por Barrera y cols [29], donde el agua es de origen no recomendado para su consumo 62,5%.

Las medidas adoptadas por los cuidadores para el control de vectores en general son muy deficientes. En el estudio, el 45,2% lava los tanques donde almacena agua, a diferencia de lo reportado en comunidad 20,3% de las familias lo realiza. Estas condiciones sanitarias deficientes se observan además en lo descrito por Castillo y cols [24], donde en el 88,2% del entorno de las viviendas se evidenció presencia de charcos o aguas estancadas, así como

recipientes abandonados que funcionan como criaderos de mosquitos, esta información se contrasta con los datos del estudio en el que las aguas estancadas superan la media de familias encuestadas.

CONCLUSIÓN

Al evaluar la aplicación de la estrategia AIEPI, para la prevención de enfermedades a través de la vacunación, manejo adecuado de excretas, lavado de manos, tipo de agua de consumo, y control de enfermedades infectocontagiosas transmitidas por vectores, por parte de padres o cuidadores de los niños menores de 5 años, se puede inferir que algunas prácticas se incorporan de forma adecuada, tal es el caso de llevar a los niños al programa de vacunación para aplicación del esquema según la edad, buena disposición final de las excretas y lavado de las manos en momentos como antes de dar de comer a sus hijos, después de ir al baño o cambiar pañales.

No obstante, prácticas que impactan en la morbilidad y la mortalidad de los niños menor de cinco años, no están siendo incorporadas por los padres de familia o cuidadores puesto que dan a consumir al niño agua sin tratar (directamente del grifo). Así mismo, incorporan deficientemente el control de vectores; a pesar de ser uno de los sectores de Cartagena más afectados por la contaminación ambiental, producto del inadecuado relleno sanitario y la presencia de caños en malas condiciones. Alguno de los aspectos que pueden estar interfiriendo en dicha incorporación, es la edad de los padres de familia o cuidadores, pues en gran medida los niños se encuentran bajo el cuidado de personas adolescente y jóvenes.

Sin embargo, es evidente el progreso que se ha tenido en la incorporación de la estrategia AIEPI en el interior del hogar. Estos resultados han sido posibles por el trabajo mancomunado que vienen realizando los entes reguladores a nivel comunitario, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Instituciones Educativas, el apoyo de las universidades en el diagnóstico e intervención y la puesta en práctica de la familia como principales responsables del cuidado de los niños. Sin duda, impactar positivamente en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil y en los Objetivos del Desarrollo Humano Sostenible garantiza el desarrollo de una sociedad. Para ello, es necesario seguir fortaleciendo, a través de actividades multidisciplinarias, los conocimientos y habilidades de

padres de familia o cuidadores para la incorporación total de prácticas claves en la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.

REFERENCIAS

- [1] Kapil U. Adaptations in the IMCI Algorithm in Diagnosis of Acute Respiratory Tract Infections. *Indian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2018; 85 (12): 1057–1058. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12098-018-2804-z>
- [2] Pandya H, Slemming W, Saloojee H. Health system factors affecting implementation of integrated management of childhood illness (IMCI): qualitative insights from a South African province. *Health Policy & Planning*. 2018; 33(2):171-182. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx154>
- [3] Robertson SK, Manson K, Fioratou E. IMCI and ETAT integration at a primary healthcare facility in Malawi: a human factors approach. *BMC health services research*. 2018;18(1):1014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3803-5>.
- [4] López M, Cortés A. Enfermería de la infancia y de la adolescencia. Atención de enfermería al niño sano [Internet]. Almería: Editorial Universidad de Almería. 2019; (38):27. URL: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vmSDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=L%C3%B3pez+M,+Cort%C3%A9s+A.+Enfermer%C3%ADa+de+la+infancia+y+de+la+adolescencia.+Atenci%C3%B3n+de+enfermer&ots=LJOkGD_3By&sig=jfvckri-NyyVfvCQoX-JtJz_d83c#v=onepage&q=L%C3%B3pez%20M%2C%20Cort%C3%A9s%20A.%20Enfermer%C3%ADa%20de%20la%20infancia%20y%20de%20la%20adolescencia.%20Atenci%C3%B3n%20de%20enfermer&f=false
- [5] Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 17;388(10063):3027-3035. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- [6] Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2005: La infancia amenazada: Unicef; 2004. URL: https://www.unicef.cl/centrodoc/pdf/estados/sowc05_sp.pdf
- [7] Benguigui Y. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Avances y Resultados en la Región de las Américas. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2002; 41(1):29-35. URL: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752002000100009&lng=es.
- [8] Cordero D, et al. Análisis de la evolución de la mortalidad de la niñez en Bolivia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2005; 44 (3):181-8. URL: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000300011&lng=es.
- [9] Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA), Enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición (DNT) en Colombia. 2018. URL: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informes-deevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS_2018.pdf
- [10] Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducción de la mortalidad en la niñez. 2019. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- [11] Constitución Política De Colombia CP. Presidencia de la República. Santa Fé de Bogotá. 1991.
- [12] Delgado MF, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. *Colombia Médica*. 2006; 37 (4):293-8. URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000400007&lng=en.
- [13] Mosquera M, Saavedra C. Sufriendo con ellos- vivencias de las madres frente al manejo de la infección respiratoria aguda en niños en el contexto de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). [Internet]. 2012. URL: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13748>
- [14] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del distrito de Cartagena de indias. 2015. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015-cartagena.pdf>
- [15] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del distrito de Cartagena de indias. 2018. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-cartagena-2018.pdf>
- [16] González Y, Gutiérrez N, Jiménez J, Castillo I. Prácticas claves de AIEPI aplicadas por familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena 2015: Universidad de Cartagena; 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.57799/11227/6297>
- [17] Pulgarín A, Osorio S, Restrepo Y, Segura A. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(1): 19 – 27. URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100003&lng=en&tlng=es.
- [18] Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica Colombia: Universidad Sur colombiana. URL: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- [19] Hernández M, Garrido F, Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*. 2000; 42 (2):144-54. URL: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n2/144-154>

- [20] Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
- [21] Boscan M, Salinas B, Trestini M, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus*. 2012;16(1):25-30. URL: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000100006&lng=es.
- [22] López F, Gil A, Carmona D, Moreno A, Jaramillo E. Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia. *Med U.P.B.* 2017;36(1):24-33. DOI: <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a04>
- [23] Véliz L, Campos C, Vega P. Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. *Rev. chil. infectol.* 2016; 33(1): 30-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000100005>.
- [24] Castillo I, González Y, Gutiérrez N. Determinantes socio-demográficos de aplicación de prácticas clave AIEPI para prevenir enfermedades. Área rural, Cartagena, Colombia. *Hacia promoc. Salud*. 2016; 21(2): 13-26. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.2>
- [25] Alvarado M, Hurtado A, Bernal M. Prevalencia de giardia duodenalis y otros parásitos intestinales en niños del área urbana del municipio de Coyaima, Tolima. *Revista Científica Unincca* [Internet]. 2015; 20(1): 75-85. URL: <http://190.65.221.162:1094/Revistas/index.php/REVUNINCCA/article/view/38/40#>
- [26] Huamán E; Marmolejo D; Paitan E; Zenteno F. Seguridad alimentaria y desnutrición crónica en niños menores de cinco años del valle del río apurímac y Mantaro. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2018; 38(2):99-105. DOI: <https://doi.org/10.12873/382huaman>.
- [27] Organización Naciones Unidas. El derecho humano al agua y el saneamiento. A/64/L.63/Rev.1, resolución del 26 de julio de 2010. URL: https://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml
- [28] Ortiz D, Figueroa L, Hernández C, Elizabeth V, Jimbo M. Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinal en niños. Comunidad “Pepita de Oro”. Ecuador. 2015-2016. *Rev.Med.Electrón.* . 2018; 40(2): 249-257. URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n2/rme020218.pdf>
- [29] Barrera N, Fierro E, Puentes L, Ramos J. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. *Univ. Salud*. 2018; 20(3): 236-246. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.182003.126>

Correo electrónico de los autores:

Kendy Madero Zambrano: kendy.madero@curnvirtual.edu.co

Diana Marsiglia López: diana.marsiglia@curnvirtual.edu.co

Keydis Ruidiaz Gómez: keydiruidiaz@gmail.com

Lindsay Peinado Valencia: lindsay.peinado@unisinu.edu.co