

**PRÁCTICAS CLAVES DE AIEPI APLICADAS POR FAMILIAS DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DEL AREA RURAL DE CARTAGENA 2015.**

**Investigador Principal
IRMA YOLANDA CASTILLO AVILA**

**Co-investigadores
YINA MARGARITA GONZALEZ PARRA
NEIDIS GUTIERREZ GOMEZ.
JORGE ISAAC JIMENEZ GALVAN.**

Trabajo de investigación para optar el título de Enfermera (o)

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
2015**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Listado de tablas.....	3
Listado de figuras.....	4
Listado de cuadros.....	5
Listado de anexos.....	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
1. Planteamiento del problema.....	10
1.1 Pregunta problema.....	13
2. Objetivos.....	14
2.1 Objetivo general.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. Marco teórico.....	15
4. Metodología.....	33
4.1 Tipo de estudio.....	33
4.2 Población.....	33
4.3 Estimación de la muestra.....	33
4.4 Muestreo.....	34
4.5 Criterios de inclusión.....	34
4.6 Criterios de exclusión.....	34
4.7 Técnicas y procedimientos.....	34
4.8 Instrumentos.....	35
4.9 Operacionalización de variables.....	37
4.10 Aspectos éticos.....	41
4.11 Aspectos estadísticos.....	41
5. Resultados.....	43
6. Discusión.....	46
7. Conclusiones.....	51
8. Recomendaciones.....	52
9. Agradecimientos.....	53
10. Bibliografía.....	54
11. Anexos.....	59

LISTADO DE TABLAS.

	Pág.
Tabla 1. Distribución según característica sociodemográficas de familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	63
Tabla 2. Distribución según características de la vivienda de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	64
Tabla 3. Distribución según prácticas para el buen crecimiento físico y desarrollo mental del niño menor de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	65
Tabla 4. Distribución según prácticas de vacunación y saneamiento básico de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	65
Tabla 5. Distribución según condiciones sanitarias, medidas de higiene y prevención de malaria y dengue en las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	66
Tabla 6. Distribución según prácticas para la prevención de VIH, salud oral y tuberculosis de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	67
Tabla 7. Distribución según morbilidad en los últimos cinco meses y manejo del niño enfermo en el hogar en las familias del área rural de Cartagena 2015.....	68
Tabla 8. Distribución según prácticas del buen trato, cuidado permanente; participación del hombre en el cuidado del niño y la mujer gestante de familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	69
Tabla 9. Distribución según práctica de prevención de accidentes en el hogar de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.....	69
Tabla 10. Distribución según práctica para la búsqueda de atención fuera del hogar de las familias del área rural de Cartagena 2015.....	69
Tabla 11. Distribución según porcentajes de cumplimiento de las prácticas claves de AIEPI de las familias del área rural de Cartagena.....	70

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Grafica 1. Componentes de la estrategia AIEPI.....	18

LISTADO DE CUADROS.

	Pág.
Cuadro 1. Total de habitantes del área rural de Cartagena.....	33
Cuadro 2. Condiciones sanitarias de la población del área rural de Cartagena.....	59

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuadro 2. Condiciones sanitarias de las poblaciones del área rural.....	59
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica.....	60
Anexo 3. Encuesta a la comunidad sobre la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia.....	61
Anexo 4. Consentimiento informado.....	62
Anexo 5. Resultados.....	63

RESUMEN

Objetivo Describir las prácticas claves de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) aplicadas por las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.

Metodología: Estudio descriptivo. La población de referencia son 3618 niños menores de 5 años, que habitan en 15 corregimientos del distrito de Cartagena. Fueron seleccionados 9 corregimientos y se estimó un tamaño de muestra de 570 familias, aplicando un muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20. Se presentaran los resultados en tablas y gráficos.

Resultados: Fueron incluidas 570 familias, el promedio de edad de los padres fue 29 años (DE = 9,6 años) y el de los niños 2,3 años (27 meses DE =20,1 meses). La lactancia materna exclusiva es efectiva (60,6% (77)); el 92,8% (529) tiene el esquema de vacunación completo, en la prevención del VIH, el 88,4% (504) de los padres no hace uso del condón, el 45,3% (258) de los niños presenta desaseo bucal, el 11,8% (67) de los niños están en contacto con personas con tos por más de 21 días, 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)).

Conclusiones. Los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados, se evidencia la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad.

Palabras Claves: Salud del niño, estrategias AIEPI, crecimiento y desarrollo, padres. Fuente: DeCS.

ABSTRACT

Objective: Describe the AIEPI key practices that apply for families of the children under five years old from the countryside of Cartagena.

Methodology: descriptive study. The reference population is 3338 children under 5 years old, who lives on 9 parishes of the district of Cartagena. The sample is estimated in 570 parents applying a stratified random probability sampling. For the data analysis, the statistic program SPSS version 20 will be used. The results would be presented in charts and graphics.

Results: 570 families were included, the average age of the fathers was 29 years (SD = 9.6 years) and children of 2.3 years (27 months SD = 20.1 months). Exclusive breastfeeding is effective (60.6 % (77)) ; 92.8 % (529) have the complete vaccination in the prevention of HIV, 88.4 % (504) of parents makes no condom use , 45.3 % (258) of children Presents oral uncleanliness , 11.8 % (67) Children are in contact with characters with cough for more than 21 disease that more was presented was the IRA (56.3 % (321)) , followed by fever (36 , 3 % (207)) and EDA (34.4 % (196)) , 88.5 % (146) in case of diarrhea were given ORS. That danger sign more Fathers recognized was respiratory difficulty (33.5 % (191)).

Conclusions. Knowledge and practices in caregivers were inadequate; the need to implement and strengthen educational activities in the community is evident.

Key words: Child health strategies, IMCI, growth and development, Parent. **Source:** DeCS

INTRODUCCION.

Las prácticas claves de AIEPI son acciones y comportamientos que las familias incorporan al cuidado del niño menor de 5 años, y es una herramienta que les permite mejorar las condiciones de salud de los niños, en particular, y reducir la carga de enfermedad general en la población infantil (1).

En Cartagena hay poca evidencia de estudios que miden el impacto de esta estrategia, que fue implementada aproximadamente 10 años, y debido a las cifras tan altas de morbilidad y mortalidad infantil en la ciudad (por encima del promedio nacional) se da la necesidad de describir las practicas claves de AIEPI que aplican las familias en las comunidades del área rural, teniendo en cuenta que este grupo poblacional se ha constituido como el más vulnerable debido a sus características sociodemográficas y precarias condiciones sanitarias; los cuales constituyen factores de riesgo para la aparición de enfermedades que pueden llegar a ser prevenibles, sumado a ello el poco conocimiento y no utilización de las prácticas claves de AIEPI; registrados en algunos estudios; donde las que más conocen es la de vacunación, y signos de alarma de la enfermedad diarreica aguda (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) (2,3).

Dado este panorama, este trabajo sería una herramienta teórica para futuras investigaciones y formulación de proyectos y políticas que favorecen el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población menor de 5 años. Por otro lado contribuirá al fortalecimiento del saber científico para la capacitación del profesional de enfermería en las intervenciones que busquen mejorar las prácticas saludables en las familias para el cuidado de la salud de esta población y permitirá adelantar propuestas de intervención y de profundización en las prácticas saludables de estas comunidades.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de cinco años atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado, respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto de inmediato por personal de salud (4).

En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios y el personal de salud son accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados a tiempo para ser atendidos por este personal, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otros tipos de personal tradicional. Se aconseja el manejo de la enfermedad de un niño en el hogar siempre que las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir que el niño debe ser atendido por un personal de salud (4).

La estrategia AIEPI fue creada por la OMS y el fondo de las naciones unidas para la infancia UNICEF, y presentada como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez, centrando su atención en las enfermedades que podrían atacarlos (5).

Según la Constitución Política de Colombia en el artículo 44, estipula que la salud es un derecho fundamental del niño (6), y debido a su edad son casi totalmente dependientes de sus padres para el cuidado de su salud; es por eso que AIEPI en Colombia, 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, inmunización y afecto (7).

En el mundo según la UNICEF mueren diariamente alrededor de 26.000 niños y niñas menores de cinco años y la gran mayoría de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo (8, 9). En Colombia de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, la tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por mil a 11 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil ha evolucionado favorablemente pasando de 30 por mil nacidos vivos a 18 por mil nacidos vivos en el periodo de 2005-2010 (10). Este indicador sigue siendo alto en comparación con los países desarrollados (8).

En Bolívar este indicador fue reducido desde el 2005 al 2009 pasando de una tasa de mortalidad infantil en menores de un año de 41,9 muertes por mil nacidos vivos en el departamento, a 38,8 en 2009. Sin embargo, estas cifras están por encima de la meta propuesta que son 16 muertes por mil nacimientos (11).

En menores de 5 años en el departamento de Bolívar, se muestran igualmente indicadores superiores al promedio nacional y se aleja a la meta del país. Como se observa, en el 2005

la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años era de 53,5 muertes por cada mil nacidos vivos; aproximadamente el doble del promedio nacional (26,6). Esta tendencia se mantiene para el año 2009, cuando el indicador de Bolívar cae a 50,8 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que el promedio nacional se encontraba en 24,2, aún muy lejos de la meta de 18 muertes por cada mil nacidos vivos (11).

En Cartagena la mortalidad en menores de 5 años representó una incidencia de 9,25 por cada 1000 nacidos vivos para el año 2014. (12).

Las principales causas de muertes infantiles, son la IRA con una tasa de mortalidad fue de 25,32 por cada 100.000 niños en el 2014 y ha venido en ascenso en comparación con el año 2013 en donde la tasa de mortalidad infantil por IRA fue 21,5 por cada 100.000 casos en niños menores de 5 años y la EDA con una tasa de mortalidad de 3,62 muertes por cada 100.000 niños en el 2014. Esta es una de las enfermedades que predispone al deterioro físico y a la aparición de otras enfermedades asociadas. Entre otras acciones, mediante la estrategia AIEPI, se ha permitido la disminución progresiva de la mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años (12).

El comportamiento de estas enfermedades en los corregimientos que pertenecen a la zona rural de Cartagena tienen alta relación con las condiciones de los servicios públicos y las condiciones ambientales, donde algunos de los corregimientos no cuentan con ningún servicio y muchos carecen del servicio de alcantarillado generando no sólo problemas ambientales por el vertimiento de excretas en los cuerpos de agua, sino problemas sanitarios que afectan sustantivamente la salud y la calidad de vida de la población. La localidad de Cartagena más vulnerable a la mortalidad infantil es la situada a orillas de la Ciénaga de La Virgen donde se encuentran los corregimientos como Arroyo de Piedra, Pontezuela, Manzanillo del Mar, La Boquilla y Bayunca donde se presentan el mayor número de casos que oscila entre 17 a 24 casos de enfermedades respiratorias y diarreicas con prevalencia de muertes por enfermedades respiratorias (12, 13).

Estas muertes son potencialmente evitables si se tienen los conocimientos básicos para la prevención y manejo de estas enfermedades, pero el saber está mediado por factores sociales, económicos, culturales, educativos, ambientales y políticos, tales como saneamiento básico, pobreza, calidad y acceso a servicios de salud (12)

La aplicación de las prácticas claves de AIEPI hace la diferencia en que se presenten enfermedades, y también, que cuando estas se presenten se les dé el adecuado manejo en el hogar, con el fin de evitar la muerte. Muchas veces no es posible por diversos factores; entre estos, el poco conocimiento sobre las prácticas saludables claves (18 prácticas) y su aplicación, por parte de las familias o cuidadores de niños menores de 5 años, por esto es necesario conocer las prácticas claves que los padres aplican para preservar y cuidar la salud de los niños (14).

Un estudio realizado por Dávila M (15), arrojó que los cuidadores poseen algún conocimiento de AIEPI, el 94% de las madres habían sido capacitadas alguna vez, una de

cada tres madres conocían por lo menos tres de los signos de peligro, reconocieron que la IRA, EDA y fiebre son las enfermedades más frecuentes en niños. Reconocieron el inicio de la alimentación complementaria al sexto mes (81%). Reconocieron la duración adecuada de la lactancia materna (82%) (15). Presentaron un desconocimiento en la vacunación, solo un 67% solo identificó la vacuna de sarampión (16).

De acuerdo a la ENDS de 2010, la lactancia materna exclusiva es de corta duración (1.8 meses en promedio). El estudio de Sáenz M (17), muestra que en Colombia el 83.8% de las madres comienza la alimentación complementaria antes del cuarto mes de vida, prácticas que pueden ser perjudiciales para el menor de 5 años y contribuye a la existencia de problemas nutricionales que tienen causas directas como el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que afecten la absorción de los nutrientes.

Otro estudio realizado por el ministerio de la protección social (MPS) y la organización panamericana de salud (OPS) en el municipio de María La Baja – Bolívar, arrojó que el 27,1% de las madres encuestadas manifiesta haber recibido instrucción sobre prácticas saludables y los temas sobre los cuales han recibido instrucción son en su mayoría normas de higiene, nutrición y vacunación. Estas instrucciones han sido brindadas en su mayor parte por la madre comunitaria y profesionales de salud en las Empresas Social del Estado (ESE). El 100% de la población encuestada considera que las recomendaciones sobre los cuidados de salud son útiles y el 97,8% de la población las ha puesto en práctica. El 41,8% de las personas responsables de los niños menores de 5 años encuestados manifestó que el profesional de salud le explicó los signos generales de peligro para la búsqueda inmediata de atención en salud del niño, el 21,3% dice que el personal de salud le informó si el niño tenía o no problemas de nutrición y el 64,5% manifestó que le explicaron sobre la forma de alimentar al niño (18).

Debido a que la mortalidad infantil limita el desarrollo, esperanza y calidad de vida de un país, es importante destacar que las muertes en menores se presenta por causas evitables, y si los padres tomaran en cuentas todas las medidas que expone la estrategia, se podrían prevenir y manejar adecuadamente las enfermedades en el menor de 5 años. Este trabajo será de gran utilidad en los diversos escenarios, permitiendo el enriquecimiento de la investigación institucional, reforzando la formación de calidad en el trabajo con las poblaciones más vulnerables. Para la disciplina profesional de enfermería contribuirá al fortalecimiento del saber científico para la capacitación del profesional de enfermería comunitaria y familiar en las intervenciones que busquen mejorar las prácticas en la familias en el cuidado de la salud del niño menor de 5 años, ya que ellos son los principales responsables en el cuidado de los niños y muchas veces estos no son involucrados de la manera efectiva en el cuidado de la salud, aportando herramientas en la construcción de nuevos conocimientos que serán utilizados por todos los profesionales de salud para el mejoramiento e implementación de la estrategia, que beneficiarán a la población de estudio a mejorar las condiciones que impidan el normal crecimiento y desarrollo de los menores (19).

Los resultados obtenidos mediante este trabajo aportarán los elementos de evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI en la población objeto de estudio (19).

Con este marco de ideas se formula la siguiente pregunta.

1.1. PREGUNTA PROBLEMA: ¿Cuáles son las prácticas claves de AIEPI que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena?

2. OBJETIVOS.

2.1 GENERAL.

Describir las prácticas claves de AIEPI que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.

2.2 ESPECIFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.
- Describir las prácticas para el crecimiento físico y desarrollo mental del niño que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.
- Describir las prácticas para prevenir enfermedades que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.
- Describir las prácticas para el cuidado en el hogar del niño que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.
- Describir las prácticas para buscar atención fuera de casa que aplican las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.

3. MARCO TEORICO

3.1 CARACTERISTICAS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.

El niño de 0 a 5 años pasa por un proceso evolutivo que incluye la adquisición de habilidades motoras, finas, gruesas, lenguaje y sociales que va a crear en el niño cierto grado de autonomía aunque no suficiente al finalizar exitosamente su primera infancia (0-5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbi-morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto apoyo por parte de sus padres o cuidadores en el mantenimiento de su salud (20).

Dado lo anterior se hace necesario que los padres cuiden la salud del niño; entendiéndose esta según la OMS, como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud del niño va más allá de la ausencia de enfermedad, pues el periodo de la infancia hasta la adolescencia es tan importante porque marca el desarrollo y calidad de vida en la edad adulta. Por ello, la salud infantil comprende su bienestar en todos los aspectos tanto físico, mental, emocional como social (21). Los aspectos en salud se ven reflejados en los indicadores de morbilidad y mortalidad, siendo la morbilidad el alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad. Estadísticamente se define la morbilidad como el número proporcional de personas que enferman en una población en un tiempo determinado (22); y la mortalidad es el proceso natural mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo. Es uno de los indicadores más sensibles que tienen los estados de subdesarrollo de una comunidad, este comprende a la mortalidad neonatal y la mortalidad post neonatal (22), constituye un indicador de las condiciones sanitarias y por ende de desarrollo de un país (23). La mortalidad infantil guarda una relación inversa con el desarrollo, socio - económico, sirviendo así de índice de éste, hasta una etapa avanzada de desarrollo económico (22).

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores y como afectan estos el desarrollo de un país se crea AIEPI y se implementa en el país como una estrategia para mejorar la salud infantil y por ende una reducción de los indicadores de salud infantil.

3.2 ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015. Como respuesta al cuarto objetivo propuesto en esta cumbre que es reducir la mortalidad infantil se crea AIEPI (24).

La estrategia AIEPI, resultado del trabajo conjunto de expertos representantes de la UNICEF y la OMS, se publicó inicialmente en 1992 con el ánimo de que los equipos de

salud pudieran prevenir o detectar y tratar a tiempo las causas más prevalentes de mortalidad infantil. El foco de atención se centró desde el comienzo en los países en vías de desarrollo con el ánimo de brindar las herramientas conceptuales y metodológicas que permitieran, a los ejecutores de la atención, atender de forma ágil e integral las condiciones clínicas de ingreso y mejorar la oportunidad de prevenir desenlaces fatales evitables (25).

En diciembre de 1998 el Ministerio de Salud de Colombia adoptó la estrategia propuesta por la OPS/OMS/UNICEF denominada AIEPI; para la implementación gradual en nuestro país (26).

El Decreto 3039 de 2007, en el que se define el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), ubica dentro de sus prioridades la Salud Infantil y dentro de esta las habilidades para mejorarla, en el marco de las estrategias AIEPI (26).

3.3 ¿QUE ES AIEPI?

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para dar respuesta y solución a los problemas de salud infantil, que causan mayor número de enfermedad y muerte (27)

3.4 CARACTERISTICAS DE LA ESTRATEGIA.

La Estrategia se caracteriza por las siguientes condiciones:

- **Aborda los principales problemas de salud del niño.** El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas más importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, la lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros (26).
- **Asegura** en primer lugar la identificación precoz, de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo (26).
- **Responde a la demanda actual de atención de la población.** 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a instituciones de salud, tienen una o varias de las enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia (26).
- **Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención.** Como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas (26).
- **Es eficaz en función del costo y su disminución.** El Banco Mundial clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos. El tratamiento incorrecto de enfermedades de la infancia lleva al derroche de recursos escasos y poco impacto de las intervenciones (26).

- **Mejora la equidad.** La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria, maltrato y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud (26).
- **Refuerza el concepto de integralidad.** Modifica la atención del niño, ya que su abordaje se hace desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar (26).
- **Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención.** Poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta (26).
- **Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño.** La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad (26).
- **Puede adaptarse a la situación epidemiológica local.** Retoma los problemas de salud del país o del área donde se implementará y los incluye en la estrategia (26).
- **Posee ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad.** Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención, manejo de la enfermedad, detección oportuna de signos de alarma y factores protectores (26).

3.5 OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

3.5.1 Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones (27).

3.5.2 Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, malaria, maltrato y trastornos nutricionales (27).

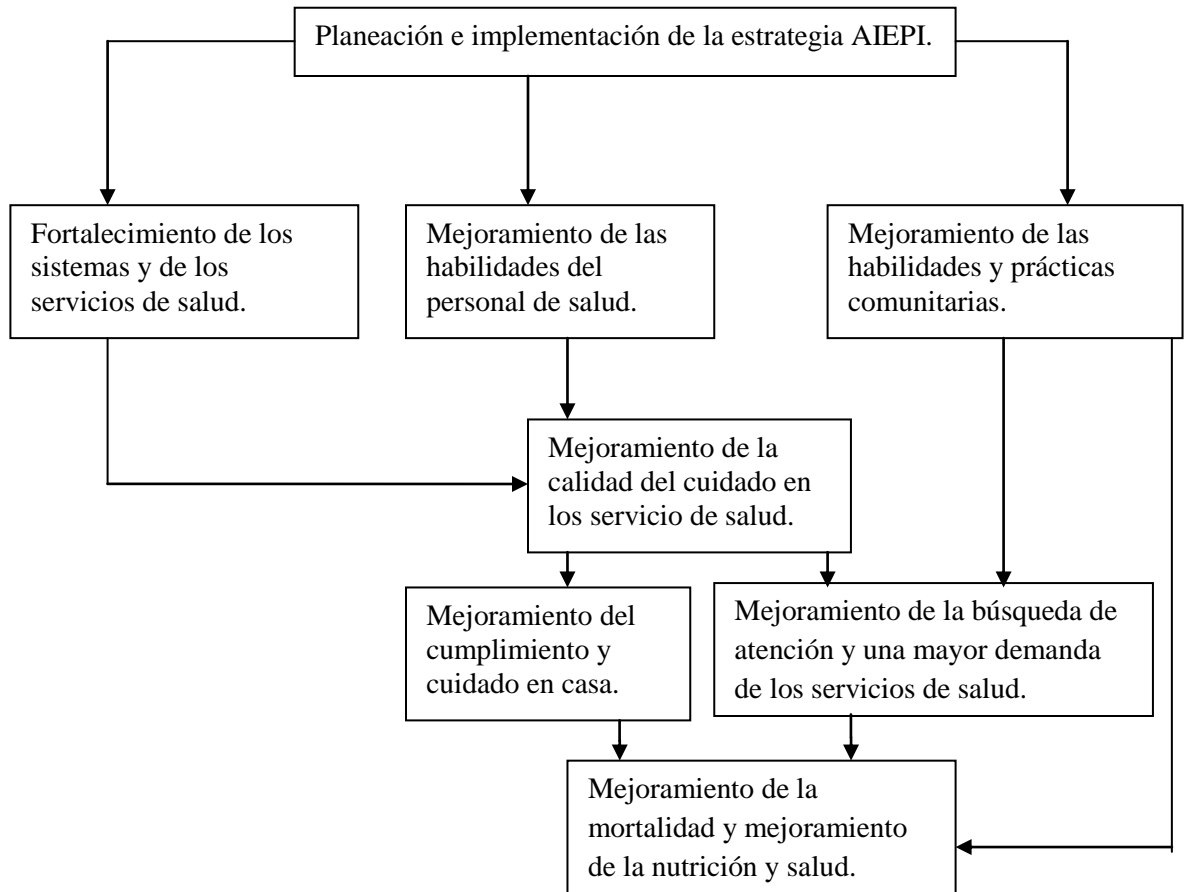
3.5.3 Garantizar una adecuada calidad de atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y en la comunidad (27).

3.5.4 Fortalecer aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la rutina de la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar y comunitaria (27).

3.6 COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

La estrategia se divide en tres partes, según el lugar y las personas involucradas en la implementación de la estrategia. Estas son (28):

Grafica 1. Componentes de la estrategia AIEPI.



Para el caso particular de esta investigación se abordara todas las prácticas saludables claves de salud referentes al componente comunitario.

3.6.1 ¿QUE PROPONE SU COMPONENTE COMUNITARIO?

Partiendo de la base, una comunidad es un conjunto de hombres y mujeres, que comparten elementos en común, tales como: ubicación geográfica, estatus social, costumbres, valores, tareas, visión del mundo (28), y debido a que en el entorno comunitario es donde se encuentran inmersos los niños la mayor parte del tiempo se crea el componente comunitario.

AIEPI Comunitario es el componente de atención integrada a la población infantil que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia, para, en primer lugar, efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia; en segundo lugar, realizar un tratamiento apropiado y completo; y en tercer lugar efectuar acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud (29).

El componente comunitario propone que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda (29).

La estrategia se dirige no sólo a mejorar la atención del niño en los servicios de salud sino también en la comunidad, garantizando la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud que pueden trabajar alrededor de la salud de los niños. Estas acciones son especialmente importantes cuando existen condiciones geográficas, económicas o culturales, que dificultan el acceso a los servicios de salud (30).

3.7 FAMILIA Y EL CONCEPTO DE SALUD

La familia se puede entender como una institución de integración; es la primera unidad de la sociedad encargada de la educación y formación de los hijos, responsabilidad que no es delegable. Sus integrantes están vinculados entre sí por un apego emocional intenso, durable y recíproco que se mantiene a través de la vida familiar (28).

El concepto de salud dentro de la familia es la manifestación de un patrón específico de salud; para todas las familias ese estado de bienestar no siempre es el mismo ni tiene las mismas implicaciones puesto que cada una de ellas posee unas interacciones y conocimientos específicos que rigen sus relaciones con los procesos de salud y enfermedad y por ende de cuidado (28).

Teniendo en cuenta lo anterior se sustenta la importancia de vincular la familia en el cuidado de la salud infantil y de intervenir no solo la familia sino la comunidad en el cuidado de la salud del niño.

3.8 ¿QUE SON LAS PRÁCTICAS CLAVES DE AIEPI?

Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las mismas están basadas en conocimientos científicos actualizados y su aplicación no solamente permitirá que los niños tengan un adecuado crecimiento y desarrollo, sino que les evitará, en muchas ocasiones, enfermedades y secuelas. Por esta razón, estas prácticas deben ser del conocimiento de todos los adultos que cuidan de los niños (padres de familia, maestros, personal de salud, etc.) (31).

Las prácticas se organizan en cuatro grupos, según la intención que tiene cada una de las mismas.

Los 4 grupos son:

GRUPO 1: Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño: en este grupo se encuentran las prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación. Consta de 4 prácticas (31):

Practica 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva.

Mensaje clave:

A los niños hay que alimentarlos con leche materna hasta los seis meses de edad.

Mensajes de apoyo:

- El bebé debe mamar cuando quiera, de día y de noche; por lo menos de ocho a diez veces al día.
- El bebé no debe tomar agua, jugos, ni bebidas de hierbas.
- La leche materna quita la sed.
- Cuantas más veces mame el bebé, más leche tendrá la mamá. La succión estimula la producción de leche.
- Es importante que la mamá se alimente bien, tome muchos líquidos y esté tranquila para tener mucha leche.
- Es bueno acariciar, hablar y mirar al bebé mientras se le está dando el pecho.

Si el bebé no quiere mamar, la madre lo debe llevar al establecimiento de salud.

Un niño que tome sólo leche materna hasta los seis meses, crecerá sano y se enfermará menos (31).

Práctica 2: Alimentación complementaria después de los seis meses de edad.

Mensaje clave:

A partir de los seis meses a los niños hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad.

Mensajes de apoyo:

- Verificar la pirámide nutricional de su municipio: el tipo de alimento que se cultiva y cosecha, las preferencias en el consumo de alimentos y sus valores nutricionales para adecuar las siguientes recomendaciones a su región o municipio.
- A partir de los seis meses el niño debe comer papillas espesas de cereal, verduras y frutas.
- A partir del año ya debe comer una buena ración de la olla familiar. Primero el segundo plato y después la sopa.
- El niño debe comer tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida, y tomar dos refrigerios entre las comidas: fruta, leche, pan, etcétera, durante su estancia en el jardín y se debe promover en sus familias y comunidades el consumo mínimo de nutrientes que necesita el niño para su crecimiento y desarrollo.
- Los alimentos deben ser frescos y variados, de preferencia productos de la región o que estén en cosecha.
- Los niños no deben nunca dejar de comer.
- Continuar con la lactancia materna hasta que el niño cumpla los dos años. La lactancia materna prolongada contribuirá a prevenir enfermedades.

Si el niño no quiere comer y baja de peso, se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 3: Consumo de micronutrientes.

Mensaje clave:

Los micronutrientes, sobre todo vitamina A, hierro y zinc, se encuentran en cierto tipo de alimentos que se les deben dar a los niños o dárselos como suplemento, es decir, además de sus alimentos.

Mensajes de apoyo:

- Los niños deben recibir constantemente elementos que contengan principalmente vitamina A, hierro y zinc y como suplemento además de sus comidas.
- La vitamina A protege las mucosas y estimula la formación de anticuerpos que son las defensas del cuerpo contra las enfermedades.
- El hierro previene la anemia y hace que los niños sean más atentos y activos, al mismo tiempo que los protege de infecciones.

Si el niño está pálido o se enferma muy seguido, puede tener una deficiencia de micronutrientes. Se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana.

Mensaje clave:

Hay que darles mucho cariño y ayudarlos a progresar, atender sus necesidades, conversar y jugar con ellos.

Mensajes de apoyo:

- Los niños necesitan mucho cariño y ser estimulados para desarrollar su inteligencia y sus habilidades.
- La mamá y el papá deben sonreírles y abrazarlos, conversar y jugar con ellos, alimentarlos adecuadamente y atender sus pedidos y necesidades biológicas, enseñarles prácticas de higiene, alimentación y de relación con los demás y con el medio que los rodea.
- Hay que hacerles los controles cada 6 meses durante los primeros 2 años de vida en el establecimiento de salud para ver si su crecimiento y desarrollo son normales.
- Los padres de familia deben estar pendientes que todos los niños según su edad presenten los siguientes aspectos para verificar su buen estado de crecimiento y desarrollo.
- El juego es una necesidad vital y un modo de expresión en la etapa infantil, que permite desarrollar las capacidades motoras mentales, afectivas y sociales.
- El movimiento tiene numerosas repercusiones para el normal desarrollo y la personalidad del niño (inteligencia, lenguaje, afectividad), por este motivo hay que procurar a los niños espacios de movimiento, de juegos que les hagan saltar, correr, etc.
- Es fundamental para sentar las bases de la comunicación utilizar con ellos/as un vocabulario sencillo y claro, articulando correctamente palabras y frases, sin deformaciones.

Si el niño tiene problemas para sostenerse o caminar, si no ve o no oye bien, se debe llevar al establecimiento de salud (31).

GRUPO 2: Para prevenir enfermedades: En este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente (saneamiento, prevención de malaria y dengue y, de infección por VIH SIDA). Consta de 6 prácticas (31).

Práctica 5: Hay que vacunar a todos los niños.

Mensaje clave:

Hay que llevarlo al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas según el esquema establecido para la edad.

Mensajes de apoyo:

- Todos los días son de vacunación.
- Para crecer sanos y fuertes los niños tienen que estar protegidos de enfermedades graves o mortales. La mejor protección son las vacunas.
- Las vacunas se ponen por dosis de acuerdo con la edad del niño.
- Al cumplir el primer año de vida, el niño debe haber recibido todas las vacunas y dosis. Al cumplir los seis años deben además haber recibido todos sus refuerzos.
- A veces, algunas vacunas pueden causar un poco de dolor, malestar y fiebre después de su aplicación; estas molestias pasan rápidamente.
- Es indispensable guardar y conservar el carnet de vacunas y llevarlo cada vez que se asista a un centro de salud.
- Todas las vacunas que se le deben suministrar a un niño son totalmente gratuitas y deben ser suministradas y supervisadas por la institución de salud.
- Si al niño no se le han aplicado las vacunas a la edad recomendada, debe ser llevado al centro de salud para que le completen las dosis faltantes.

Si al niño le falta alguna vacuna o alguna dosis, se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 6: Saneamiento básico.**Mensaje clave:**

A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura.

Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.

Mensajes de apoyo:

- Las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas. Estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niños y pueden causarles la muerte.

Abastecimiento de agua: Las familias deben: Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan. No permitir bañarse, lavar, ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de diez metros de la fuente. Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas. Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; estos se deben vaciar y enjuagar todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos. Si no se cuenta con agua potable, lo ideal es hervirla durante 5 minutos.

Mantener la calidad de los alimentos: No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan lavado antes de comer. Lavar las manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos. Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer. Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.

Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces: Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. Las heces de los niños pequeños deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas.

Se deben mantener las letrinas o baños limpios: limpiar con agua y jabón todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa.

La basura debe mantenerse fuera de la casa y enterrarla lejos si no hay servicio municipal de recogida.

Los animales domésticos deben desparasitarse y mantenerse aseados.

Si el niño tiene diarrea o deshidratación, se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 7: Prevención de malaria y dengue.

Mensaje clave:

En zonas de malaria y dengue hay que protegerse de zancudos y mosquitos con ropa adecuada y mosquiteros tratados con insecticida, a la hora de dormir.

Mensaje de apoyo:

Medidas para evitar la proliferación de los mosquitos transmisores

- Muchos de los criaderos de mosquitos del dengue son recipientes o tanques que almacenan agua limpia, o acumulan agua de lluvia en las casas (baldes, bebederos de animales, floreros, botellas, latas, frascos, juguetes, tanques, tinas y llantas viejas).
- Los mosquitos ponen sus huevos, que en el agua se transforman en las larvas y en ocho días, estas se convierten en el mosquito.
- Limpiar con cepillo las paredes internas de los recipientes, como tanques, una vez por semana (desocupar, cepillar las paredes y enjuagar).
- Tapar los tanques.
- Sustituir con tierra o arena el agua de los floreros y cambiar el agua o hacer orificios en el fondo del mismo y en otros posibles criaderos.
- Evitar la acumulación de botellas e inservibles que puedan acumular agua.
- En las áreas públicas toda la comunidad debe cooperar con las autoridades para evitar que los sumideros de aguas lluvias, llantas, inservibles, basuras y otros lugares se vuelvan criaderos de zancudos.

En malaria los criaderos del mosquito están por fuera del domicilio y son propios de ambientes más rurales o de las periferias de las ciudades: lugares con vegetación donde el agua corre lento en ríos y caños, canales de riego, áreas inundadas, lagunas, charcos, estanques para criaderos de peces. El drenaje, relleno y la limpieza de maleza son medidas de gran utilidad dependiendo del criadero (31).

Medidas para disminuir el riesgo de picaduras por mosquitos de dengue y malaria

- Colocar mallas metálicas en puertas y ventanas

- Utilización de toldillos en las camas. En malaria es la medida más importante, e idealmente los toldillos deben ser impregnados con insecticidas
- Si hay casos de dengue, rociar las áreas habitables y de descanso con un insecticida

La medida más importante para prevenir el dengue es evitar aquellos recipientes que se transformen en criaderos del mosquito.

Si el niño tiene fiebre o cualquier tipo de sangrado se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 8: Prevención contra el VIH SIDA.

Mensaje clave:

Los padres deben tener comportamientos adecuados para evitar la infección por VIH/SIDA. Las personas afectadas, en especial los niños y las madres gestantes, deben recibir atención, cuidados y orientación.

Mensajes de apoyo:

- El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad producida por un virus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca las defensas del cuerpo hasta dejarnos indefensos frente a cualquier enfermedad.
- Se puede transmitir por practicar relaciones sexuales sin preservativos.
- Para protegerse y evitar el contagio se recomiendan prácticas sexuales seguras: **abstinencia, pareja única, uso correcto de preservativos.**
- Evitar en lo posible todo contacto con sangre infectada: transfusiones, tatuajes, uso de navajas o jeringas usadas.
- Detectar y curar a tiempo las enfermedades de transmisión sexual, ya que son una “puerta abierta” para el virus del SIDA.

Toda persona con VIH/SIDA, especialmente los niños, tiene derecho a recibir atención, orientación y apoyo en el establecimiento de salud, en absoluta reserva (31).

Práctica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad.

Mensaje clave:

Visite al odontólogo cada seis meses como mínimo, o antes, si el odontólogo lo cree necesario.

Mensajes de apoyo:

- Durante el embarazo la madre debe asistir al Odontólogo durante el primer mes para recibir orientación en higiene oral.
- A los niños, desde los primeros días de vida, se les debe realizar la limpieza y masajes de las encías todos los días. El cepillado, con la salida del primer diente.
- Después de que le salga el primer diente procure asistir a la primera consulta odontológica para que aprenda los métodos preventivos y de higiene oral.
- Para aliviar las molestias de la salida de los dientes, dé un rasca encías de caucho, o algún tipo de legumbre limpia y grande (zanahoria, tallos de apio) para evitar que se la trague.
- Acueste al niño en sus piernas para que pueda tener mayor visibilidad de los dientes al limpiarlos.

- Luego cepille los dientes del bebé con cualquier cepillo pequeño sin mojarlo y con una crema sin flúor, aplicando una pequeña cantidad, como el tamaño de una arveja
- Primero se cepillan los dientes por la cara externa, diez veces por cada cara del diente; luego hágalo en la parte interna y termine por la parte de encima de los dientes y muelas.
- Limpie la lengua del niño con el mismo cepillo hasta que quede rosada.
- Después de la última limpieza en la noche, no dé alimentos al bebé, solo agua.

El hábito de la higiene oral se empieza a adquirir desde los primeros días de vida (31).

Práctica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis.

Mensaje Clave:

Proteja a los niños que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o los visitan frecuentemente; asegúrese que sean llevados a la institución de salud para ser evaluados. Si se descarta la enfermedad, a los niños menores de cinco años, se les debe suministrar el medicamento preventivo.

Mensajes de apoyo

- Recomiende que los niños que viven con personas enfermas de tuberculosis, asistan a la institución de salud para ser evaluados y aclarar si están enfermos y en ese caso se les suministre el tratamiento. Si se descarta la enfermedad, se les debe proporcionar el medicamento preventivo.
- Recomiende que a todos los niños recién nacidos se les aplique la vacuna contra la tuberculosis (BCG).
- Si un niño presenta tos persistente (que no mejora ni disminuye) durante varias semanas y fiebre prolongada, debe ser llevado a la institución de salud para que sea evaluado y se aclare si está enfermo de tuberculosis; en ese caso se le debe suministrar el tratamiento.
- Si un niño pierde o no gana peso durante tres meses y además presenta tos, llévalo a la institución de salud para que sea evaluado. Puede tener la tuberculosis u otra enfermedad crónica.
- Los niños pueden adquirir la enfermedad de familiares y personas enfermas con tuberculosis que viven con ellos y ellas o los visitan frecuentemente.
- Los medicamentos preventivos reducen la aparición de la tuberculosis, en especial en personas infectadas pero que aún no manifiestan síntomas.
- El diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas con tuberculosis disminuye la transmisión de la enfermedad.
- La vacuna BCG protege a los niños principalmente contra formas graves de la tuberculosis.
- Durante el tratamiento para la tuberculosis, los medicamentos deben tomarse sin interrupción, por seis meses y como lo indica el médico. Así se evita la aparición de resistencia y se cura al paciente.

El tratamiento que se le debe suministrar a una persona con tuberculosis es totalmente gratuito y debe ser suministrado y supervisado por la institución de salud (31).

GRUPO 3: Para los cuidados en el hogar: En este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que desmejore su estado y mejorar el auto cuidado familiar. Consta de 5 prácticas (31).

Práctica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar.

Mensaje clave:

Cuando el niño está enfermo debe recibir la alimentación de siempre y más líquidos, y en especial leche materna.

Mensajes de apoyo:

- Si el bebé está enfermo y tiene menos de 6 meses, hay que darle solo leche materna, más veces y por más tiempo.
- Si el bebé está enfermo y tiene más de 6 meses, hay que darle su alimentación habitual y muchos líquidos.
- Si es posible, se debe aumentar la frecuencia y el número de raciones hasta que el niño se recupere.

Si el bebé enfermo no quiere mamar o comer, se debe llevar al establecimiento de salud (31).

Práctica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo.

Mensaje clave:

El niño debe recibir los cuidados y el tratamiento apropiado en casa durante su enfermedad.

Mensajes de apoyo:

Cuando el niño tiene diarrea:

Dar al niño más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación: Los líquidos caseros deben satisfacer ciertos requisitos. Es importante recordar que estos deben ser:

Seguros: Deben evitarse las bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados, las bebidas gaseosas, las bebidas hidratantes para deportistas y los jugos de frutas preparados industrialmente.

Fáciles de preparar: La receta debe ser conocida y su preparación no debe exigir mucho tiempo o trabajo. Los ingredientes y utensilios para medir y cocinar deben ser accesibles, baratos y fácilmente disponibles.

Aceptables: Los líquidos deben ser aquellos que las madres estén dispuestas a administrar en mayor cantidad a un niño con diarrea y que estos los acepten bien.

Eficaces: En general los líquidos que son más eficaces son los que contienen carbohidratos, proteínas y algo de sal.

¿Qué líquidos dar?

- **Solución de Sales de Rehidratación Oral:** El suero oral es el mejor medicamento para prevenir y tratar la deshidratación.
- **Agua:** combinada con una dieta que incluye alimentos fuente de almidón como arroz y papa, de preferencia con sal, es un tratamiento adecuado para la mayoría de los niños con diarrea.

- Otra posibilidad es dar agua y galleta salada o pasa bocas como rosquitas que contienen almidón y sal.
- No se debe recomendar el suero casero pues las madres lo pueden preparar de manera incorrecta con lo que se puede empeorar la diarrea (31).

A continuación se presentan tres recetas de líquidos caseros adecuados para prevenir la deshidratación en el hogar:

Líquido basado en papa:

Ingredientes: dos papas de tamaño mediano, media cucharadita tintera de sal, un litro de agua.

Preparación: se pelan y se pican las papas, se ponen en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se pone a cocinar durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño. Debe insistirse en que debe ser muy cuidadoso en la medida de la sal.

Líquido basado en plátano

Ingredientes: medio plátano verde, un litro de agua, media cucharadita tintera de sal.

Preparación: se pela y se pica medio plátano verde, se pone en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se cocina durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño.

Líquido basado en arroz tostado

Ingredientes: ocho cucharadas de arroz, media cucharadita de sal, un litro de agua.

Preparación: Se tuesta el arroz en un sartén, sin agregar grasa, cuando esté tostado, se muele. Se ponen en una olla ocho cucharadas soperas rasas del polvo de arroz tostado, un litro de agua y media cucharadita tintera de sal. Se cocina durante quince minutos, se deja enfriar y se le da al niño.

Si se presentan signos de deshidratación, no suspender la leche materna y suministrar suero oral.

¿Cuánto líquido dar?

La regla general es: ofrecer al niño tanto líquido como quiera recibir de manera voluntaria, cada vez que haga diarrea y mientras dure la misma.

Es importante que la madre tenga claro que el objetivo de dar los líquidos es reponer la pérdida de agua y sales que se presenta durante la diarrea y evitar la deshidratación.

La madre debe llevar a su hijo al servicio de salud sí: Comienza las deposiciones líquidas con mucha frecuencia, vomita repetidamente, tiene mucha sed, no come ni bebe normalmente, tiene fiebre, hay sangre en las heces, el niño no experimenta mejoría al tercer día.

Cuando el niño tiene gripa: Evitar contacto con fumadores. No debe existir cigarrillo donde esté un niño. Evitar contacto con personas con gripa, si es necesario que esté con

personas enfermas, debe instruirse para que se laven las manos antes de tocar al niño y utilicen tapabocas. Tapar boca y nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches. **Lavado de manos:** se deben lavar las manos de los niños siempre: después de toser, después de estornudar, después de sonarse o tocarse la nariz o la boca, antes y después de cada comida, después de entrar al baño o cambiar los pañales del bebé, después de jugar o tocar objetos comunes, cuando estén visiblemente sucias. **Higiene respiratoria:** Hay que enseñar a los niños y a sus padres que al toser y estornudar lo hagan de la siguiente manera:

- Colocar un pañuelo de papel desechable o papel higiénico sobre boca y nariz al toser o estornudar y posteriormente botarlo a la basura y lavarse las manos.
- Cuando no sea posible acceder a papel desechable, se debe cubrir la boca con el brazo.

Cuidados del niño enfermo en el hogar: Estos deben ser cuidados en el hogar, no deben salir ni estar en contacto con otros niños y deben permanecer con incapacidad en la casa, hasta 24 horas después de mejorar los síntomas. Ventilar adecuadamente a diario la casa y la habitación del niño enfermo.

Los niños menores de seis meses con diarrea NO deben recibir líquidos caseros basados en alimentos sino leche materna y suero oral.

Si el niño no mejora con los remedios caseros, se debe llevar al establecimiento de salud.

Cuando el niño tiene gripe: Evitar contacto con fumadores, realizar lavados de manos, higiene respiratoria, etc. (31).

Práctica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños

Mensaje clave:

Se debe evitar el maltrato y el descuido de los niños y tomar las medidas necesarias si esto ocurre.

Mensajes de apoyo:

- El abuso o maltrato se puede definir como toda conducta que causa daño físico, psicológico, sexual o moral a otra persona. Los niños y las mujeres son las principales víctimas de abuso o maltrato.
- El descuido o abandono significa dejar a los niños y a las mujeres sin apoyo, orientación o atención cuando lo necesitan.
- El maltrato y el descuido se pueden evitar orientando a los padres para que tengan una relación respetuosa entre ellos y sus hijos, y para que busquen la solución a los conflictos a través del diálogo y eviten el castigo físico (golpes) o psicológico (gritos e insultos) a los niños.
- Los padres deben evitar las situaciones que den pie al maltrato infantil, entre ellas el alcoholismo.

Todo lo anterior se puede evitar conversando con los niños para detectar situaciones de maltrato y referir los casos para que se tomen las medidas adecuadas.

Si conoce casos o detecta signos de maltrato o abuso, refiera el caso a las comisarías de familia, el ICBF, a la policía o al establecimiento de salud (31).

Práctica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante

Mensaje clave:

El hombre debe participar activamente, al igual que la mujer, en el cuidado de la salud de los niños y en las decisiones sobre la salud de la familia.

Mensajes de apoyo:

- Las decisiones y el cuidado de la salud de los niños y de las mujeres gestantes deben ser una responsabilidad compartida entre el hombre y la mujer.
- Es necesario ayudar para que la participación de los hombres sea más activa, convocándolos a las reuniones de la escuela, a las citas de salud, conversando con ellos sobre las necesidades y problemas de sus hijos y lo valioso de su participación.
- Se les debe proponer a los padres que experimenten nuevos roles de apoyo en el hogar, como cocinar para su familia, encargarse del lavado de manos de sus hijos antes de comer. Y proporcionarles cuidado cuando están enfermos.
- Pueden también motivarlos sobre la importancia de tomar ciertas decisiones en forma compartida con la mamá para beneficio de los niños y de toda la familia, como por ejemplo: vacunar a sus hijos, llevarlos a los controles de salud, buscar atención médica cuando sea necesario, planificar su familia para no poner en riesgo a la mujer y a la familia con partos de riesgo y con hijos que no van a ser atendidos como debe ser.

El papá debe participar en las tareas de salud de su familia (31).

Práctica 15: Prevención de accidentes en el hogar.

Mensaje clave:

A los niños hay que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes.

Mensajes de apoyo:

- Hay accidentes y lesiones que no ocurren por casualidad o mala suerte, sino por falta de conocimiento y descuido de las personas mayores.
- Los niños pequeños están descubriendo el mundo, por eso tienen curiosidad por tocar y probar todo lo que ven. Esto es bueno y normal, pero los pone permanentemente en situaciones de riesgo.
- La tarea de los padres y personas en general es controlar el riesgo para evitar el daño. esto se puede lograr con:

UNA CASA SEGURA: recomiende dejar fuera del alcance de los niños objetos y productos peligrosos como fósforos, velas encendidas, ollas calientes, herramientas cortantes, productos tóxicos, cables eléctricos.

Si hay niños pequeños, poner protección (reja, baranda) en los lugares de donde se puedan caer.

CUIDADOS fuera de la casa: recomiende cubrir con tapas pesadas los pozos o depósitos de agua donde puedan caer y ahogarse, no dejarlos jugar en la maleza donde puedan haber animales peligrosos y no dejarlos cruzar solos las calles o caminos en los que puede haber peligro.

La mayoría de los accidentes en los niños son debidos a falta de conocimiento y de previsión por parte de los adultos (31).

GRUPO 4: Para buscar atención fuera del hogar: Aquí se encuentran las prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro, los cuidados posteriores a la atención y los cuidados a la gestante (31).

Práctica 16: Identificar signos de peligro.

Mensaje clave:

Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.

Mensajes de apoyo:

- Hay enfermedades que necesitan atención fuera del hogar para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por señales de peligro, que es necesario reconocer para saber cuándo buscar ayuda.

Los signos generales de peligro que establece la estrategia son:

- No quiere mamar.
- Esta letárgico o inconsciente.
- Convulsión.
- Vomita todo lo que come.

Otros signos de peligro.

- Dificultad respiratoria.
- Ruidos respiratorios.
- Tiraje subcostal.
- Aleteo nasal.

Cuando aparece cualquiera de estos signos de peligro, se debe llevar al niño rápidamente al servicio de salud (31).

Práctica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud

Mensaje clave:

Hay que seguir los consejos del personal de salud acerca del tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio.

Mensajes de apoyo:

- Cuando el niño enfermo es atendido en el establecimiento de salud, los padres deben seguir todas las recomendaciones del personal de salud para que se recupere rápidamente.
- Si el personal de salud dice que el niño necesita referencia, es decir ir a otro establecimiento más completo y equipado, los padres deben llevarlo sin demora.
- Cuando el niño regresa a casa después de ser atendido, los padres deben seguir todas las indicaciones dadas por el personal de salud, es decir, completar el tratamiento indicado aunque el niño ya se sienta mejor.
- No se le deben dar remedios que el médico no haya recetado y se debe seguir con la alimentación habitual.

- Los padres deben estar siempre atentos a las señales de peligro como se señala en la práctica 16, para regresar con el niño al establecimiento de salud.

Si persisten o hay nuevas señales de peligro, se debe llevar nuevamente al niño al establecimiento de salud (31).

Práctica 18: Atención a la mujer gestante.

Mensaje clave:

La mujer embarazada tiene que recibir controles, vacuna antitetánica y orientación alimentaria. Debe también recibir apoyo de su familia y de la comunidad al momento del parto, después del parto y durante la lactancia.

Mensajes de apoyo:

- Los controles prenatales son importantes para controlar la salud de la madre y el crecimiento y desarrollo del bebé desde la concepción. La mujer debe acudir al establecimiento de salud para hacerse un control periódico desde el inicio del embarazo.
- En este control la madre recibe examen médico y dental, examen de sangre y orina, control de peso y de presión, vacuna antitetánica, suplemento de hierro, orientación sobre alimentación adecuada, preparación para el parto y la lactancia, cuidados del bebé y planificación familiar; además de asesoría para el VIH.
- Hay embarazos de riesgo que necesitan especial cuidado y atención, como en el caso de las mujeres menores de 19 años y mayores de 35, las que tienen más de cuatro hijos o partos muy seguidos o las que consumen licor, drogas o medicamentos no recetados por el médico. Estos partos deben atenderse en el establecimiento de salud.
- Hay señales de peligro durante el embarazo, como dolores de cabeza, fiebre, vómitos continuos; hinchazón de cara, manos y pies; salida de líquidos o hemorragia vaginal; ardor al orinar, contracciones fuera de tiempo y si deja de sentir al bebé.

Ante cualquier señal de peligro y en el momento del parto, la mujer embarazada debe ir al establecimiento de salud (31).

3.9 CARACTERISTICAS DE LAS POBLACIONES DEL AREA RURAL

A pesar de que el distrito de Cartagena es una ciudad turística y se encuentra en pleno desarrollo a nivel de educación, infraestructura vial, salud, vivienda y cuenta con una buena estructura social; sus corregimientos se encuentra en precarias condiciones debido a que los recursos que son destinados para su infraestructura no son utilizados de la manera adecuada y esto se ve reflejado en la manera en la que viven los corregimientos que conforman Cartagena, como son Caño del oro, Tierra Bomba, Bocachica, Punta arena, Barú, Santa Ana, Islas del Rosario, Punta Canoa, Arrollo de las Canoas, Arrollo de Piedra, Arrollo Grande, Pontezuela, Bayunca e Isla Fuerte los cuales en su mayoría no cuentan con servicio de agua, alcantarillado, ni servicio de gas domiciliario, no existe un sistema de recolección y tratamiento de basuras, no existe algún tipo de industria o comercio organizado que permita su desarrollo sostenible y la telefonía no está desarrollada en condiciones normales

por la situación económica en la que se encuentran. Sus principales calle se encuentran sin pavimentar en su mayoría habitada por familias que devengan su sustento de actividades relacionadas con la pesca y la operación de lanchas y pequeños navíos (32). De lo anterior se puede inferir el riesgo para la salud no solo infantil sino a nivel familiar y comunitario a los que están expuestos estos corregimientos y la necesidad de caracterizar su situación de salud y los métodos empleados para mejorar su salud con el fin de brindar información a futuros investigadores para la implementación de la estrategia AIEPI, como una estrategia auto sostenible y de bajo costo tanto para el distrito como para las familias (Anexo 1).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo.

1.2 POBLACION

La población de referencia estuvo constituida por 3618 niños menores de 5 años que habitan en 15 corregimientos de Cartagena. Fueron seleccionados 9 corregimientos del área rural de Cartagena.

Cuadro 1. Total de habitantes del área rural de Cartagena.

CORREGIMIENTO Y/O VEREDA	TOTAL HABITANTES	TOTAL NIÑOS 0 – 5 AÑOS	MUESTRA A SELECCIONAR
Caño del oro	1.199	119	25
Tierra bomba	1.414	168	35
Bocachica	3.451	244	51
Santa Ana	3.252	266	56
Islas del rosario	155	21	4
Pontezuela	813	68	14
Bayunca	6.967	639	47
Boquilla	9.175	867	167
Pasacaballo	9.977	946	171
Total: 9	36.403	3.618	570

Fuente: censo DANE 2011

4.3 ESTIMACION DE LA MUESTRA:

La estimación de la muestra dio un total de 585 padres de niños menores de 5 años. Este tamaño de muestra se estima teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Tamaño de población de 3618

Nivel de confianza 95%

Probabilidad esperada del 27%

Margen de error de 3.5%.

$$n = \frac{(p \times q) \times z^2}{E^2}$$

$$n = \frac{(0,27 * 0,73) * (1,96)^2}{(0,035)^2}$$

$$n = \frac{0,1971 * 3,8416}{0,001225}$$

$$n = \frac{0,7571794}{0,001225} = 618$$

$$F = n/N$$

$$no \frac{n}{1 + f}$$

$$F = \frac{618}{3618} = 0,1708126$$

$$n_0 = \frac{618}{1 + 0,1708126} = \frac{618}{1,1708126} = 527$$

Ajustando al porcentaje de pérdidas: $527 \times 1,11111 = 585$.

4.4 MUESTREO.

El muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio estratificado. En donde los estratos son cada uno de los corregimientos y se escogieron al azar un número representativo de familias de cada corregimiento para la aplicación de la encuesta.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Familias con niños menores de 5 años.
- Que vivan en el área rural de Cartagena.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que no deseen participar en la investigación.
- Que no se encuentre en el momento de realización de la encuesta.

4.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

La información fue recolectada por los investigadores, mediante visitas domiciliarias a las familias seleccionadas de los diferentes corregimientos del área rural de Cartagena. En el

estudio se empleó, recursos humanos, financieros, técnicos y materiales. El recurso humano estuvo constituido por un investigador principal, y 3 co-investigadores. Al llegar a los diferentes corregimientos se indagaba con algunos de sus habitantes que zonas (calles o manzanas) tenían gran cantidad de niños pequeños, para así dar inicio a la recolección de los datos, la cual se realizó de casa en casa, preguntando si había niños menores de 5 años; si la respuesta era positiva, se identificaban como estudiantes de la universidad de Cartagena, se procedía a explicarles en qué consistía la investigación y se le entregaba el consentimiento informado para su diligenciamiento y se iniciaba la aplicación de la encuesta, la cual tardaba en aplicarse 20 minutos aproximadamente. Al finalizar se ofrecían los agradecimientos por la colaboración prestada y se continuaba con la labor del día.

4.8 INSTRUMENTOS.

Para la recolección de la información se utilizó una ficha sociodemográfica, (Anexo 2) que caracteriza a las familias y participantes del estudio.

Consta de once ítems y un cuadro donde incluye los datos generales del encuestado tales como la edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, estrato social, si cuenta con seguridad social, ocupación, ingresos familiares, personas que hacen parte de la familia, ciclo vital familiar, tipología familiar y hábitos de vida. En cada uno de ellos hay variedad de posibles respuestas que pueden ser marcadas con una (x), el cuadro consta de cuatro columnas donde se registran los integrantes de la familia, edad de cada integrante, afiliación y el parentesco.

Además se aplicó una encuesta a la comunidad sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y avalada por el DADIS (Anexo 3). Consta de cinco dimensiones de varios ítems con múltiples opciones de respuesta que se marcan con una (x).

La primera dimensión incluye las condiciones físicas de la vivienda (techos, pisos, paredes, enseres, # de cuartos, # de ventanas y aseo de la vivienda).

La segunda dimensión incluye las practicas que contribuyen al buen crecimiento físico y mental del niños menores de cinco años, incluye la alimentación, se evaluó en tres categorías (lactancia materna exclusiva -menor de 6 meses-; lactancia materna complementaria -6 meses a 2 años-; y alimentación -2 años a 5 años-) teniendo en cuenta la edad del niño. Otro aspecto incluye la valoración del afecto brindado de los padres hacia los niños, asistencia a programa crecimiento y desarrollo e ingesta de micronutrientes.

La tercera dimensión incluye la vacunación del niño; condiciones higiénicas y saneamiento básico que contribuyen a la prevención y aparición de enfermedades tales como conservación de los alimentos, manejos del agua de consumo, higiene general, salud oral, manejo de excreta, aguas residuales, residuos sólidos, presencia de plagas dentro y los

alrededores de la vivienda, también aspectos sobre exposición a enfermedades (VIH, malaria, dengue y tuberculosis).

La cuarta dimensión incluye manejo en el hogar de las enfermedades más comunes en los niños (diarrea, gripe, fiebre e infecciones en la piel), valoración de buen trato, participación del hombre en el cuidado del niño y la mujer gestante y la exposición y riesgos de presentar accidentes en el hogar.

La quinta dimensión incluye aspectos sobre buscar atención médica fuera del hogar cuando el niño presenta signos que colocan en riesgo su vida; si los padres acatan las recomendaciones médicas, y la presencia de gestantes en el hogar, meses de gestación y si estas asisten a control prenatal.

4.9 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLES	ESCALA DE MEDIDA.
Perfil socio demográfico.	Conjunto de elementos que contribuyen a producir un resultado determinado en cuanto la población humana teniendo en cuenta su volumen de crecimiento y características en un momento.	Sexo	Femenino Masculino.	Cualitativa.	Nominal.
		Edad	Años cumplidos.	Cuantitativa.	De razón.
		Procedencia	Urbana. Rural.	Cualitativa	Nominal.
		Nivel del sisben	Nivel 1 Nivel 2. Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6	Cualitativa	Nominal.
		Estado civil	Soltero Casado Separado Viudo U. Libre	Cualitativa.	Nominal.
		Parentesco	Jefe Cónyuge Hijo(a) Hermano(a) Padre o Madre	Cualitativa.	Nominal.
		Tipo de familia	Familia nuclear. Familia nuclear modificada. Familia extensa	Cualitativa.	Nominal.

			Postgrado		
Crecimiento físico y desarrollo mental del niño.	Evalúa el conjunto de prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación del niño.	Lactancia materna exclusiva.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Alimentación complementaria.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Consumo de micronutrientes	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Afecto.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
Prevención de enfermedades.	Conjunto de prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente.	Vacunación.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Saneamiento básico.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Prevención de malaria, dengue, TB y VIH.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Salud oral.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
Cuidado del niño en el hogar.	Conjunto de prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y mejorar el auto cuidado.	Alimentación durante la enfermedad.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa.	Nominal
		Tratamiento adecuado del niño en casa.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Buen trato y participación del hombre en el cuidado del niño y la gestante.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal
		Prevención de accidentes.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa	Nominal

Búsqueda de atención fuera del hogar.	Conjunto de prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro.	Identificación de Signos de peligro.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa.	Nominal.
		Seguimiento de las recomendaciones del personal de salud.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa.	Nominal.
		Atención a la gestante.	Cumplen la práctica. No cumplen la práctica.	Cualitativa.	Nominal.

4.10 ASPECTOS ETICOS

Se realizó teniendo en cuenta la normatividad a nivel nacional y mundial en cuanto a investigaciones en seres humanos. Tales como:

- Declaración de Helsinki.
- Resolución N° 008430 de 1993 del ministerio de la protección social de Colombia.
- Código de ética de enfermería (ley 911 de 2004) dispone en el capítulo II, artículo 6° “el profesional de enfermería deberá informar y solicitar a la persona, familia o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar aceptación o su oposición a ellas. De igual manera deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.
- Se promovió los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, etc.
- Se contó con la dirección y supervisión de un profesional de la salud (investigador principal) quien veló por el cumplimiento del marco legal y bioético establecido en la presente investigación.

4.11 ASPECTOS ESTADISTICOS

Los datos diligenciados se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel; para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20. Se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

Se generó estadísticas descriptivas sobre las prácticas claves de AIEPI aplicadas por las familias de niños menores de 5 años, cada uno de los componentes que integran el instrumento; utilizando frecuencias absolutas y porcentajes.

Algunos aspectos que se definieron previos para el análisis de los resultados son:

Vivienda aseada: Entendiéndose por higiene en la vivienda que esta debe mantenerse limpia, ordenada para hacer de ella un lugar agradable donde vivir, así mismo los patios los cuales deben encontrarse limpios para evitar la proliferación de bacterias patógenas y de animales que transmiten enfermedades (33).

Lactancia materna exclusiva efectiva: Aquellos niños menores de seis meses que reciben solo pecho en su alimentación (31).

Lactancia materna complementaria efectiva: Se conoce que al niño además de darle leche materna hasta los dos años de edad se le debe incluir de manera progresiva otros grupos de alimentos como frutas (compotas y papillas), vegetales, cereales en papillas, legumbres y proteínas animales y vegetales (31).

Alimentación adecuada: El niño debe consumir tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) que tengan presentes todos los grupos de alimentos (frutas y verduras, carbohidratos, proteínas, y grasas) y dos refrigerios durante el día (31).

Carnet de vacunas completo: Un niño tiene su esquema de vacunación completo cuando completa el total de las dosis recomendadas en el esquema de vacunación según su edad (34).

Aseo oral adecuado: Se entiende por higiene oral adecuada cuando los dientes del niño están limpios y no hay restos de comida, las encías presentan un color rosado y no sangran en el cepillado (35).

5. RESULTADOS.

Características socio – demográficas de las familias participantes del estudio.

Participaron en el estudio 570 familias de 9 corregimientos de la ciudad de Cartagena; la información fue obtenida del cuidador principal. A la aplicación del instrumento se obtuvo como resultado que la edad promedio de los cuidadores de niños fue 29,6 años, (DE= 9,6 años) y la edad promedio de los niños es de 2, 3 años (27,1 meses DE: 20,1 meses). En cuanto al estado civil de los padres del niño el 67.4% (384) conviven en unión libre; el nivel de escolaridad predominante, fue bachillerato completo (35,1% (200)) y solo el 19.1% (109) tiene un nivel educativo que oscila entre técnico, tecnólogo y universitario. La seguridad social predominante de los niños es la afiliación al régimen subsidiado (75.8% (432)), y no se encuentran afiliados a ningún régimen 5,4% (31). Referente a la tipología familiar, la mayoría son familias nucleares (47.5% (271)), seguido de familias extensas 42.1% (240); el ciclo vital familiar sobresaliente es familia en plataforma de lanzamiento 34.9% (199) (Tabla 1).

Condiciones de la vivienda de las familias participantes del estudio.

En cuanto a las características de la vivienda el 76.1% (434) viven en casas y en pieza el 2.8% (16); cuentan en su mayoría con techo de eternit 82.5% (470), y el 0.9% (5) con techo de carpa y palma, las paredes son en su mayoría de block 83.5% (476) y el 16.2% (92) corresponde a cartón, tabla y madera; pisos de cemento 53% (302) y tierra 17,2% (98) (Tabla 2).

Prácticas para el buen crecimiento físico y desarrollo mental del niño, aplicadas por las familias participantes del estudio.

La lactancia materna exclusiva es adecuada en 60.6% (77) e inadecuada en 39.4% (50); la lactancia materna complementaria es inadecuada en un 64.4% (96) y la alimentación del mayor de 2 años es adecuada en 71.9% (220) e inadecuada en un 28.1% (86). El 67.4% (384) reciben suplementos vitamínicos entre ellos hierro, vitamina A y zinc; referente a las muestras de afecto, cariño y estimulación del niño, el 97.4% (555) le sonrían, el 97.5% (556) le hablan, el 96,3% (549) de los niños tiene juguetes (Tabla 3).

Prácticas para prevenir enfermedades, aplicadas por las familias participantes del estudio.

El 92,8% (529) de los niños tienen el carnet de vacunación completo, 7,2% (41) estaba incompleto o mal diligenciado; para la conservación de los alimentos, el 88,2% (503) de las familias los refrigeran, el 4,9% (28) en recipientes tapados.

Las disposición de excretas se da en alcantarillado en 63,7% (363), a campo abierto con 4% (23). Las basuras son recogidas por el camión del aseo con un 79,8% (455), el 6.7% (38) la queman, y campo abierto (2,5% (14)). El 88,2% (503) de las familias adquieren el agua

mediante el sistema de acueducto y un 11,8% (67) por carro tanques. El tratamiento que recibe el agua 31,6% (180) la hierven, y no realizan ningún tipo de tratamiento el 61,2% (349) (Tabla 4).

El 44,6% (254) de las viviendas se encuentran en condiciones de desaseo; entre los métodos para la cocción de los alimentos, el 4,6% (26) corresponde a carbón y leña. Las plagas que más se presentan en las viviendas son los mosquitos 86,1% (491), las moscas 72,5% (413), ratones 64,9% (370) y cucarachas con un 58,1% (331). Los métodos para el control de plagas que utilizan las familias son el veneno en 40,9% (233), y no utilizan ningún tipo de medidas de control el 41,6% (237). El 74,2% (423) tiene presencia de basura dentro o fuera de su casa, dentro del hogar dejan los recipientes de basuras destapados en un 44,9% (256,) utilizan trapos y utensilios de cocina sucios para la preparación de los alimentos en un 49,3% (281). Los alimentos se encuentran sin almacenar y descubiertos en un 32,3% (184), las superficies están llenas de polvo en 56,0% (319). Las medidas de higiene, los niños se encontraban descalzos 57,2% (326), juegan con tierra y no se lavan las manos en un 53,7% (306). Las familias que conviven con charcos, zanjas y objetos donde se acumule el agua son 88,2% (503); el 64,4% (367) de las familias no utilizan ninguna medida de protección contra insectos y mosquitos (Tabla 5).

Con relación a la prevención del VIH, se encontró que el 88,4% (504) de los padres no hace uso del condón, se realizó la prueba de VIH el 96,3% (549) de las madres de los niños y el 36,3% (207) tuvo otras parejas.

Los niños con adecuado aseo bucal fueron el 54,7% (312) y con desaseo bucal fue el 45,3% (258), y el desconocimiento de las normas de aseo en bebés fue 40,7% (232).

En las familias el 11,8% (67) hay personas adultas con tos por más de 21 días, el 20% (114) tienen tos y están en contacto con los niños sin medidas asépticas y el 14,0 % (80) alimentan al niño presentando tos (Tabla 6).

Prácticas para el cuidado en el hogar del niño, aplicadas por las familias participantes del estudio.

La morbilidad en niños objetos de estudio en los últimos 5 meses son cuadros clínicos consistentes en IRA 56,3% (321), fiebre 36,3% (207), EDA 34,4% (196), e infecciones de la piel con 22,1% (126). El tratamiento en casa de las enfermedades padecidas en la última semana, para la IRA el 58,5% (176) de las familias ofrecen más líquido al niño y un 72,4% (218) evita el enfriamiento. En el manejo de la diarrea, un 88,5% (146) de las familias dieron sales de rehidratación oral (SRO) a sus hijos, seguido de un 90,1% (146) que ofrece más líquido, en cuanto a la alimentación durante la enfermedad un 65% (106) la continua, mientras que un 34,8% (57) la disminuye. Para el manejo de la fiebre en el hogar, el 96,8% (122) de las familias trata la fiebre con acetaminofén, seguido de un 31,7% (40) suministra antibióticos, el 73,8% (93) de los niños que se enfermaron de fiebre las familias lo lleva al centro de salud. Con respecto a las infecciones de la piel llama la atención que un 86%

(80) de las personas no realiza ningún manejo; respecto a quien formula los medicamentos el 20,2% (87) los auto médica (tabla 7).

Referente al buen trato y cuidado de los niños el 63.3% (361) de los niños fue corregido por actos de desobediencia, irrespeto, etc., y fueron corregidos en su mayoría a través del regaño y golpes; el 82.8% (472) refiere no preocuparse por la higiene de los niños; la participación por parte del hombre en la crianza y el cuidado del niño arrojo que, el 81.8% (466) apoyo a la madre durante el embarazo, y el 72.1% (411) ayudan en el cuidado de los niños y solo el 7% (40) se opone a que su pareja utilice métodos de planificación familiar (tabla 8).

En cuanto a la prevención de accidentes en el hogar el 27.7% (158) de los niños sufre accidentes frecuentes, el 42.1% (240) tienen a su alcance objetos pequeños, el 21.4% (122) juegan con bolsas plásticas, y juegan cerca de piscinas, albercas o tanques 26.7% (152), el 25.3% (144) de las viviendas existen balcones o escaleras sin protección, el 32.1% (183) tienen a su alcance vidrios rotos, y el 53% (302) tiene a su alcance objetos cortopunzantes, el 47% (268) de los niños juegan solos y el 47.4% (270) tienen acceso libre a la cocina. Cabe resaltar que el 69.6% (397) de los enchufe no se encuentran protegidos y solo el 0.9% (5) de las viviendas permanece con velas encendidas (tabla 9).

Prácticas para buscar atención fuera del hogar, aplicadas por las familias participantes del estudio.

Los signos de peligro que más reconocieron los padres fue la dificultad respiratoria (33,5% (191)), seguido de las convulsiones (10,8% (62)), el 4,7% (27) letárgico o inconsciente y el 47,1% (269) no reconoce ningún signo de peligro. El 93.7% (534) sigue las recomendaciones dadas por el personal de salud. De las 23 mujeres embarazadas que se identificaron; el 78.3% (18) asiste a control prenatal (tabla 10).

Cumplimiento de las prácticas en general aplicadas por las familias.

Las practicas que tuvieron un porcentaje de cumplimiento por debajo del 50% fueron las prácticas relacionadas con el saneamiento ambiental (2, 28%); en la prevención de malaria y dengue fue 6,37%, solo el 11,8% cumple la práctica de prevención de VIH/SIDA, el 50,9% cumple la práctica sobre salud oral, el cumplimiento de la alimentación y el manejo del niño enfermo en el hogar fue 44,9%, en la práctica referente al buen trato y cuidado permanente de los niños fue 47%, solo el 6,5% cumple la práctica de prevención de accidentes en el hogar, y la práctica que abarca la identificación de signos de alarma solo fue del 1,42% (tabla 11).

6. DISCUSION

Cartagena de Indias todavía presenta grandes carencias con respecto al desarrollo y socialización de la estrategia AIEPI, sobre todo en algunas comunidades vulnerables de la zona rural del distrito de la ciudad (36).

En un estudio realizado en una provincia de Perú, se documentan datos similares a este estudio referentes a la edad del cuidador, estado civil y escolaridad, dicho estudio arrojó que el promedio de edad fue 29 años, el 19,5% tienen un grado de escolaridad ya sea superior completa o incompleta, y el 58,5% de los padres viven en unión libre (37); esto sugiere factores adecuados en la crianza del niño, al contar con la ayuda de un adulto joven responsable con un nivel educativo básico, y sumado a ello independiente de que sus padres tengan o no, un vínculo legal, la presencia de tener dos adultos a su cuidado (37).

Shamah T, en su estudio sobre desnutrición infantil establece que después del nacimiento, las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria por parte de la madre hacia el infante pueden causar de manera inmediata desnutrición, condición que se agudiza al carecer de otro factor indispensable para el niño menor, como la ingesta de micronutrientes (38). Dichas aseveraciones son preocupantes, debido a que la investigación arrojó que un porcentaje representativo de los niños del área rural de Cartagena están siendo alimentados inadecuadamente, lo que representa un riesgo de desnutrición para la primera infancia del área rural del distrito.

La lactancia materna ha demostrado tener un efecto positivo en la madre y el niño. Fomentar la lactancia materna contribuiría al desarrollo integral del niño y a reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea y por otras enfermedades, pero al comparar esto con los episodios de diarrea y gripe, en la población infantil, se muestra que estas enfermedades están apareciendo por otros factores de riesgo en la comunidad como el inicio inadecuado de la alimentación complementaria, el uso prolongado de biberones, la ausencia de provisión de agua potable, condiciones alimentarias e higiénicas, e inadecuado control de excretas, entre otras (39)

La mayor parte de las familias refirió brindar afecto, cariño y estimular al niño; esto se considera de gran importancia, la relación del niño con su medio familiar, y muy especialmente con la figura de la madre, favorece el sano desarrollo de su personalidad, sin embargo, esto debe ir acompañado de las condiciones de vida y educación brindadas por los padres y si bien ha demostrado la investigación las condiciones de vida de los niños no son las más óptimas para su libre desarrollo (40).

Los datos obtenidos de vacunación fueron satisfactorios en cierta medida, esto debido al impulso del programa ampliado de inmunización (PAI) que trabaja para la prevención de enfermedades en la población infantil, sin embargo, realizando un contraste con la meta del PAI este resultado es insuficiente ya que la meta establece lograr coberturas útiles de vacunación del 95% en todos los biológicos del país en los niños menores de 5 años y asegurar el cumplimiento de la norma técnico administrativa en las diferentes entidades que

brindan el servicio de vacunación, esto último difiere con el hecho de que se encontraron carnet de vacunación mal diligenciados, lo cual va en contravía del cumplimiento pleno de la meta propuesta por el PAI. (41)

Según el plan decenal de salud pública de Colombia 2012-2021, para la prevención de enfermedades, se hace necesario que exista un ambiente sano donde se promueva la salud y que permita al niño tener una mejor calidad de vida (42), el entorno en el que interactúa el niño, debe ser limpio, sin basura, con agua potable de calidad, buen manejo de las excretas, lo cual es fundamental para condiciones óptimas de saneamiento básico. La investigación evidenció que las condiciones ambientales en las que se desenvuelven los niños del área rural de Cartagena, no son las más adecuadas, debido a la presencia de basura en las viviendas y alrededores que en ocasiones son quemadas, sumado a ello, persiste la disposición final de excretas en campo abierto, el alto porcentaje de familias que no realizan tratamiento al agua, entre otras. El conjunto de estos factores contribuyen a la aparición de diversas enfermedades por el riesgo de contaminación de las aguas, proliferación de animales transmisores de enfermedades y el impacto ambiental que se refleja en aparición de enfermedades respiratorias. Rodríguez O, en su estudio hecho en un área rural de la Calera, afirma que uno de los determinantes de la salud, es un ambiente saludable, que las debilidades en los servicios públicos domiciliarios afecta directamente la morbilidad infantil, incrementando las consultas por afecciones respiratorias y gastrointestinales (43).

El agua es un factor indispensable para conservar la salud, porque es el vehículo de diferentes agentes causales de enfermedades, la investigación arrojó un amplio porcentaje de familias que la adquieren por acueducto, sin embargo, la mayoría de ellas, no realiza ningún tipo de tratamiento al agua de consumo de los niños, esto es similar a los datos de Rodríguez O, donde afirma que contar con una fuente segura de agua, el buen almacenamiento y tratamiento es clave para la reducción en la mortalidad infantil (43).

En un estudio realizado por Barría R, se encontró que el 89,9% de madres declararon uso de leña como medio de cocción de alimentos (44), similar a lo encontrado en la investigación, aunque en menor proporción; el uso de carbón y leña para la preparación de alimentos y el tener polvo acumulado en las superficies, constituye un factor de riesgo alto para que los menores padezcan IRA.

Cerca de la mitad de los niños estudiados presentan inadecuadas condiciones de higiene bucal, o sus padres desconocen las normas de aseo bucal. Los estudios epidemiológicos señalan que alrededor del 18% de niños de dos y cuatro años de edad han padecido caries dental, y entre los métodos preventivos más importantes esta una técnica correcta de cepillado de dientes (45). Dicha situación muestra el riesgo de los niños de presentar enfermedades bucodentales. Según el Decreto 3039 de 2007 se establece la importancia de la salud oral en los niños a través de la recomendación de visitas periódicas a odontólogos y reducción de presencia de caries por medio de jornadas de fluorización (46).

La OMS afirma que el 35% de la morbilidad en el mundo se dará por causas ambientales y un 23% de las muertes también por esta misma causa (43); Cartagena cuenta con las condiciones climáticas y geográficas para que el mosquito transmisor del dengue adquiera un comportamiento endémico (41) sumado a ello, la presencia de otros factores que reflejó la investigación, como la presencia abundante de criaderos de mosquitos, y no utilizar medidas de protección como toldillos o angeos influyen en un mayor porcentaje de riesgo de contraer enfermedades transmitidas por vectores.

En cuanto al uso del condón durante las relaciones sexuales de los padres de niños es bastante bajo; según Soto V, el no usar el condón va relacionado con factores culturales como es la disminución del placer, del conocimiento, debido a la baja percepción de que existan posibilidades reales de ser contagiados de alguna infección y que es aceptado tanto por hombres y mujeres como método anticonceptivo intermitente (47). La situación anterior es preocupante debido al alto riesgo de enfermar por VIH o por alguna otra enfermedad de transmisión sexual, debido a prácticas sexuales peligrosas; que pueden resultar en un alto riesgo para el niño de enfermar por transmisión madre – hijo, durante el parto y lactancia, esto último sustentado en que los lactantes que son amamantados por madres infectadas con el VIH tienen entre un 10% y un 20% de probabilidades de contraer el virus (48).

Castillo I, afirma en su estudio de investigación sobre factores asociados a la tuberculosis que una de las variables que más se asocia a la presencia de esta enfermedad fue el hecho de tener un familiar con tuberculosis, lo que indica que al estar expuesto al agente causal en la familia aumenta la probabilidad que se presente los casos sobre todo en aquellas familias cuyas medidas preventivas no son adecuada (49), lo anteriormente expuesto llama la atención del riesgo de enfermar por tuberculosis de los niños, ya que la investigación arroja que un pequeño porcentaje de niños están en contacto permanente con personas que han presentado tos por más de 21 días, y que no tienen medidas de asepsia adecuadas.

Las enfermedades prevalentes de la infancia, que afectan en su mayoría a los niños menores de cinco años; son una causa frecuente de consulta en las instituciones de salud y contribuyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional (50). Las IRA y EDA, son las enfermedades que más afectan a los niños menores de cinco años (41). Esto se convierte en un problema de salud que amerita de muchos cuidados dentro y fuera del hogar. Los cuadros de resfriado en niños, ameritan un cuidado especial ya que una de sus complicaciones, la neumonía se reporta como una de las cinco principales causas de muerte en niños del caribe colombiano (39).

La atención del niño enfermo en el hogar es un punto clave en las familias, es este preciso momento en el que el niño debe recibir un tratamiento apropiado durante su enfermedad y más que basado en prácticas culturales, apunte a la resolución de la enfermedad. Referente a la alimentación y manejo del niño enfermo en el hogar el 55,1% de las familias de la investigación, no emplean las medidas caseras adecuadas en el tratamiento de estas enfermedades y en muchos casos los niños son auto-medicado por sus padres; similar a Díaz S, donde muchas prácticas resultaron inadecuadas, (84,8%) como la automedicación, el uso incontrolado de medicamento, y la ausencia de medidas caseras confiables (39). El

inicio del tratamiento antes de la consulta, principalmente con antipiréticos, antibióticos, es una práctica incorrecta (50). En la investigación se encontró un alto porcentaje de familias que brinda SRO a los niños durante el tratamiento de la diarrea; un estudio realizado en Perú, arrojó que el 53% de las madres prefirió utilizar SRO para el tratamiento de la diarrea (37) lo cual es un factor favorable en el tratamiento del niño enfermo en el hogar. Otro aspecto relevante que arrojó dicho estudio es que las madres afirman que durante la diarrea no se debe restringir ningún alimento (36.6%), sin embargo, aún persiste la creencia de que la leche materna se debe suspender con un 30,4% (37), esto es similar a los datos encontrados en la investigación donde 34,8% refiere disminuir la alimentación.

Es necesario el cuidado permanente de los niños, evitando el maltrato, el descuido y el abandono de estos como lo plantea la estrategia AIEPI (31). En un estudio realizado en Ecuador se encontró que la mayoría de las madres encuestadas respondió favorablemente a la corrección de los niños tras una falta, siendo el dialogo el mayor porcentaje, El castigo físico en menor proporción y las sanciones verbales (51). Contrario a lo encontrado en esta investigación donde el mayor porcentaje recurre al castigo físico. Se evidencia además un factor preocupante como lo es el descuido que ha sido mostrado en otras prácticas y la despreocupación por la higiene del niño, que constituye a su vez una forma de maltrato (51).

Está comprobado que es necesaria la participación del hombre antes, durante el parto y en el cuidado permanente del niño, en el total de las familias encuestadas el mayor porcentaje de los hombres apoyaron durante el parto y contribuyen al cuidado del menor de 5 años, algo similar fue encontrado en un estudio que se realizó en Ecuador donde la totalidad de los hombres apoyan en estos aspectos. Esto es un factor muy importante que va a contribuir al buen desarrollo del niño (51).

Con respecto a la prevención de accidentes en el hogar, los niños hay que brindarles un hogar seguro y proteger su integridad, en la investigación se encontró en los riesgos detectados un gran porcentaje de niños que juegan solos, tienen acceso libre a la cocina, existen objetos corto punzantes a su alcance, enchufes no protegidos y otros riesgos potenciales a la integridad del menor de 5 años. Datos similares encontraron en un estudio hecho en Ecuador (52) en cual el 17% de los niños están expuestos a caídas por falta de protección en escalera, balcones y ventanas, un 15 % donde los niños juegan solos y un 10% juegan con objetos pequeños.

Uno de las prácticas que obtuvo un porcentaje de cumplimiento demasiado bajo implica el hecho que los padres no están en la capacidad de identificar signos de peligro en el niño, lo cual representa una alerta ya que se pone en riesgo la vida del niño y se da lugar al origen de complicaciones mucho más serias; en el estudio se encontró que el principal signo de peligro que reconocen los padres la dificultad respiratoria; sin embargo, un amplio porcentaje de familias desconocen los signos de alarma. Ferreira E, en su estudio encontró que uno de los signos de peligro que reconocen los padres fue “respira rápido” (10.2%) y “no puede respirar” (20.9%) (53). Otro aspecto a considerar es la identificación de señales de peligro de muerte y que paradójicamente hacen parte de los signos de peligro que

reconocieron en menor proporción las familias participantes del estudio. El no reconocer oportunamente cuando acudir a los servicios de salud se ha asociado hasta en 68% a las defunciones por estas afecciones (53) y establece al desconocimiento por parte de las familias como el principal factor de riesgo de muerte en niños menores de 5 años.

Es importante resaltar que casi el total de las familias acatan las indicaciones del personal de salud, sin embargo cabe anotar el hecho de que los niños siguen enfermando, lo que pone en consideración el papel desempeñado por el personal de salud, en cuanto si se está empleando el tiempo durante la consulta para educar a los responsables de los niños en su cuidado (54).

Con respecto al cuidado de la mujer gestante, Castillo I, en su estudio en instituciones públicas de Cartagena encontró que el 91,4% de las mujeres han asistido antes a control prenatal (55); similar a lo arrojado por la investigación donde un gran porcentaje de las mujeres embarazadas asisten a control prenatal. Lo cual muestra una buena adherencia a este programa. Según la norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo la atención prenatal implica un conjunto de actividades destinadas a la identificación de riesgos relacionados con el embarazo, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones (56).

Las fortalezas de la investigación consisten en la gran cantidad de información recabada de las familias en temas poco abordados por otras investigaciones respecto a temas como la salud oral del niño, prevención de tuberculosis, el afecto, estimulación y maltrato, etc Esta investigación aborda de manera integral todas las prácticas de salud que las familias deben emplear en el cuidado del niño. También permite tener un acercamiento sobre el impacto de la estrategia AIEPI en las poblaciones rurales de Cartagena, siendo que fue implementada en su componente comunitario hace más de 10 años en la ciudad aún sigue presentando debilidades debido a las condiciones a las que están sometidos los niños.

En cuanto a las limitaciones, el tiempo para la aplicación de la encuesta es muy extenso, debido a que los cuidadores deben atender sus ocupaciones diarias, sumado a ello el difícil acceso a algunos corregimientos debido a su lejanía y solamente se podía acceder por medio de motocicletas y lanchas rápidas. Las condiciones de insalubridad en algunas poblaciones dificultaron el acceso a agua potable y alimentación de los co-investigadores.

7. CONCLUSIONES.

Con base en el estudio realizado sobre la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia se concluye lo siguiente:

1. Los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados; sin embargo, se encontró un buen porcentaje de cumplimiento en prácticas como vacunación; consumo de micronutrientes; afecto, cariño y estimulación temprana; prevención de tuberculosis; participación del hombre en el cuidado del niño y la mujer gestante; seguir las recomendaciones del personal de salud y atención a la mujer gestante.
2. Las condiciones de saneamiento ambiental a los que se encuentra expuesto la primera infancia del área rural de Cartagena son precarias lo que supone un riesgo para la salud de la niñez, y da origen a la aparición de enfermedades transmitidas por vectores como malaria y dengue.
3. Los padres de los niños presentaron prácticas sexuales inseguras, en cuanto al bajo porcentaje de uso del condón durante las relaciones sexuales, lo que supone un riesgo de transmisión vertical de VIH a futuros hijos.
4. A pesar de los datos obtenidos en cuanto al cumplimiento del esquema de vacunación de los niños fueron elevados, no es suficiente para el cumplimiento de la meta del PAI, Además de un pequeño porcentaje de carnets que se encuentran mal diligenciados.
5. Las enfermedades prevalentes en la primera infancia de los niños del área rural son la IRA, fiebre y EDA, debido a las condiciones de saneamiento e higiene a las que están expuestos los niños. Así mismo, La alimentación y manejo del niño enfermo en el hogar es preocupante debido al bajo porcentaje de cumplimiento obtenido en el estudio.
6. La primera infancia del área rural de Cartagena se encuentran expuestos a potenciales factores de riesgo que contribuirían al aumento del número de accidentes en el hogar presentado en niños. Esto sumado a que las familias del área rural no identifican adecuadamente los signos de peligro, que fue la práctica con el porcentaje de cumplimiento más bajo en todos los componentes de la estrategia, se convierte en un factor de riesgo para el cuidado y la salud del niño.

8. RECOMENDACIONES.

- Se debe hacer mayor énfasis desde la academia y en el ejercicio de la profesión en el trabajo de las comunidades para la capacitación de padres de familias o de líderes comunitarios en la estrategia AIEPI, para de esta forma afectar de manera positiva los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil.
- Para la práctica 5 de vacunación se propone realizar un estudio sobre cobertura y oportunidad de las vacunas.
- Se recomienda a las autoridades de salud la vigilancia y supervisión del personal en el diligenciamiento del carnet de vacunación de los niños.
- Entre las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se hace necesario el trabajo y coordinación intersectorial que vayan en pro del mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población.
- Es necesario adaptar la estrategia a los factores culturales, sociales, educativos de la población, de forma que se favorezca el bienestar y la salud de la comunidad.
- Se recomienda realizar estudios similares en madres de la zona urbana donde se ofrece atención primaria en salud, para que los hallazgos futuros de estos estudios logren que los programas sean más aceptables y efectivos en obtener cambios favorable en el comportamiento de los mayores responsables del cuidado de los niños.
- Comunicar a las autoridades distritales en salud los hallazgos de la investigación.

9. AGRADECIMENTOS.

A la Universidad de Cartagena, facultad de Enfermería, por haber brindado las herramientas locativas y del recurso humano necesarias para la realización del proyecto de grado.

Al departamento de investigación por su lucha incansable por contribuir al enriquecimiento del conocimiento en la disciplina de Enfermería.

A la docente Irma Yolanda Castillo, por todo el soporte brindado al grupo en todo el proceso de construcción del proyecto, por sus buenas ideas, paciencia, conocimiento impartido y exigencia, para que sea una realidad.

A todos los Profesores, que diariamente aportaron a nuestra formación profesional, que más de dejarnos enseñanzas para el desenvolvimiento del que hacer de nuestra carrera nos dejaron enseñanzas de vida.

Bendiciones para todos.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la protección social, Organización Panamericana de la Salud. Guía operativa para la implementación de AIEPI en entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios Colombia 2011. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/sites/subportal%20del%20ciudadano/salud/secciones/programas%20y%20proyectos/documentos/2013/aiepi/anejos/gu%c3%8da%20operativa%20para%20implementaci%c3%93n%20de%20aiepi%20en%20eps%20e%20ips.pdf>. Fecha de acceso: 03/02/2015.
2. González R. Características de la atención en la atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia. Disponible en: http://www.academia.edu/416421/caracter%c3%8dsticas_de_la_atenci%c3%93n_de_la_infec%c3%93n_respiratoria_aguda_integrada_a_la_estrategia_aiepi. Fecha de acceso: 07/08/13.
3. Ministerio de salud y protección social. Indicadores de salud. Disponible en: <http://odesdo.org/servlet//images/0/adjuntos/0945f0657e80191158f08ce1c834b8aa.pdf>. Fecha de acceso: 07/08/2013.
4. Dávila M, Taipe R, Urbano C. Resultados de la campaña “Juntos podemos salvar a los niños”. Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú. 2006. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/AIEPI/invesoperativas/03part3.pdf>. Fecha de acceso: 06/08/13
5. Sociedad Argentina de pediatría, Organización panamericana de la salud. Módulo de AIEPI. Disponible en: <http://www.bvspediatria.org.ar/sobreaiepi.html>. Fecha de acceso: 06/08/13.
6. Colombia. Senado de la república. Constitución política de Colombia de 1991. Bogotá: El senado; 1991.
7. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Sobre la atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552&Itemid=476link. Fecha de acceso: 06/08/13.
8. Fondo de las naciones unidas para la infancia. Salud y supervivencia. Disponible en: <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos/>. Fecha de acceso: 06/08/13.
9. Así vamos en salud. Tasa de mortalidad infantil. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>. Fecha de acceso: 06/08/2013.
10. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf. Fecha de acceso: 07/08/13.
11. Programas de las naciones unidas para el desarrollo. Bolívar y Cartagena 2012: estado de avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en:

- http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bolivar.pdf. Fecha de acceso: 07/08/13.
12. Departamento administrativo y distrital de salud. Informe técnico de seguimiento y evolución del plan de desarrollo “Ahora si Cartagena 2013-2015” a diciembre 31 de 2014. En prensa 2015.
 13. Alcaldía mayor de Cartagena. Calidad de vida en la localidad de la virgen y turística documento resumen del programa Cartagena cómo vamos julio de 2011. Disponible en http://www.cartagenacomovamos.org/temp_downloads/Resumen%20Calidad%20de%20Vida%20Localidad%20II.pdf. Fecha de acceso: 10/09/13.
 14. Organización mundial de la salud. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Disponible en: https://www.google.com.co/?gws_rd=cr&ei=n4xyUpjRFNTOkQfwYDQCA#q=benefico+del+conocimiento+de+las+practicar+claves+de+AIEPI+a+las+familias. Fecha de acceso: 10/09/2013.
 15. Dávila M, Pereyra H. Seguimiento posterior a la capacitación en AIEPI Clínico y Comunitario en el Perú: Lecciones aprendidas resultados de la sistematización de los talleres de seguimiento posterior a la capacitación en AIEPI Clínico y Comunitario realizados en el Perú durante el 2006. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/AIEPI/invesoperativas/03part3.pdf>. Fecha de acceso: 15/08/13
 16. Tello P, Dávila M. Perfil de capacitación de madres cuidadoras de WawaWasi para la atención integral de los problemas de salud y nutrición. Resultados de la encuesta a madres cuidadoras del programa nacional WawaWasi en tres sedes departamentales: Huancavelica, Loreto (Iquitos) y Puno. Abril del 2006. Disponible en: <http://www.bvsde.opsoms.org/texcom/AIEPI/invesoperativas/03part3.pdf>. Fecha de acceso: 15/08/13.
 17. Sáenz M, Camacho A. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de Bogotá. Rev. salud pública. 2007; 9 (4):587-594.
 18. Ministerio de la protección social, Organización panamericana de la salud. Caracterización de la atención bajo la estrategia AIEPI de niños y niñas menores de 5 años en situación de desplazamiento de 10 entidades territoriales. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1270&Itemid=. Fecha de acceso: 16/08/2013
 19. Mesa J, Alvarado E, Corredor Y. Propuesta para la implementación de la estrategia AIEPI en el servicio de consulta externa de servicios capitados de la I.P.S Foscal (fundación oftalmológica de Santander - clínica Carlos Ardila Lulle). Bucaramanga. 2008. Trabajo de grado (Especialización de auditoría de los servicios de la salud). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de medicina.
 20. Humanium. Mortalidad infantil. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>. Fecha de acceso: 04/09/13.
 21. Gobierno de Colombia. Lineamiento técnico de salud en la primera infancia. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/7.De-Salud-en-la-Primera-Infancia.pdf>. Fecha de acceso: 04/09/13.

22. Godoy C, Flores S, Arostegui M. Morbimortalidad en pediatría. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1982/pdf/Vol9-1-1982>. Fecha de acceso: 04/09/13
23. Ecured. Características generales del comportamiento de la mortalidad. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Mortalidad#Mortalidad_infan. Fecha de acceso: 04/09/2013.
24. Mansilla M. Etapas del desarrollo humano. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf. Fecha de acceso: 04/09/2013.
25. Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. Objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/. Fecha de acceso 08/08/2013
26. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Caracterización de la atención bajo la estrategia AIEPI de niños y niñas menores de 5 años en situación de desplazamiento. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1553&Itemid=476. Fecha de acceso: 26/08/13.
27. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Estrategias%20Maternas/Documento%20AIEPI.doc>. Fecha de acceso: 26/08/13
28. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia disponible en: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=e55724fa7d&view=att&th=140bc7f51c714696&attid=0.3&disp=vah&zw&saduie=AG9B_P8Xt004FJ6J2cISYWaUI3Wj&sadet=1377552175368&sads=Svn8qzziQW59Z3IsqIFSOUztsXE. Fecha de acceso: 27/08/13
29. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Disponible en: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=e55724fa7d&view=att&th=140a757b871213f7&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_hkobngln0&safe=1&zw&saduie=ag9b_p8xt004fj6j2clsywaul3wj&sadet=1377574725485&sads=oan00-ihxcepq89jg06mbimoe. fecha de acceso: 26/08/13
30. Organización panamericana de la salud. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en manos de la comunidad. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/prevencion/aiepi/aiepi2003feb_1.asp#_Toc34028138. Fecha de acceso: 04/09/13.
31. Ochoa L. Las practicas familiares clave para la salud y el desarrollo de los niños. Disponible en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2_m030020020_medicina/pgv2_m030020030_medios/las%2018%20practic as%20clave%20nuevo%20aiepi%20comunitario.pdf. Fecha de acceso: 29/08/13

32. El Universal. Bayunca atascado en el tiempo. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/bayunca-atascado-en-el-tiempo>. Fecha de acceso: 22/08/13
33. Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Hacia una vivienda saludable: cartilla educativa para la familia. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1531%3Ahacia-una-vivienda-saludable-cartilla-educativa-para-la-familia&Itemid=361. Fecha de acceso: 28/01/2015.
34. Alcaldía mayor de Bogotá. Mi diario de vacunación. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Campa%C3%B1as/Vacunacion/Cartilla%20Vacunacion%20Completa.pdf>. Fecha de acceso: 28/01/2015.
35. Colgate. ¿Qué es una higiene bucal adecuada? Disponible en: <http://www.colgate.com.co/app/CP/CO/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Oral-Hygiene/Oral-Hygiene-Basics/article/What-is-Good-Oral-Hygiene.cvsp>. Fecha de acceso: 28/01/2015.
36. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. AIEPI. Una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. *Rev clin med fam.* 2012; 5(2): 147-148.
37. Jhonnel J, Aguirre E, Álvarez E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. *Rev clin med fam.* 2013; 6 (1): 25-31.
38. Shamah T, Rivera J, Villalpando S, Cuevas L, García A. Estudio de magnitud de la desnutrición infantil, determinantes y efectos de los programas de desarrollo social 2007-2012. Disponible en: http://www.20062012.sedesol.gob.mx/work/models/sedesol/resource/3169/1/images/insp2012estudio_desnutricion.pdf. Fecha de acceso: 21/08/2013
39. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. AIEPI. y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afro descendientes en el caribe colombiano. *Rev. salud publica* 2013; 15 (4): 555-564.
40. Pérez H. Atención psicosocial y educativa a los niños en desventaja social. Disponible en: <http://www.oei.org.co/celep/celep7.htm>. Fecha de acceso: 27/01/2015.
41. Dadis. Perfil epidemiológico de Cartagena de indias año 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Cartagena-2011.pdf>. Fecha de acceso: 28/01/2015.
42. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: El ministerio; 2013.
43. Rodríguez O. Diagnóstico de salud con orientación preventiva zona rural de la calera realizado por agente de la comunidad. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/8166?show=full>. Fecha de acceso: 28/01/2015
44. Barria R, Calvo M. Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 (3): 281-289.
45. Soria M, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries. *Acta Pediatr Mex.* 2008; 29 (1): 21-24.

46. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010. Bogotá: El ministerio; 2007.
47. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *An Fac Med Lima* 2006; 67(2): 152-159.
48. Fondo de las naciones unidas para la infancia. La lactancia materna y el VIH/SIDA. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_infantfeeding.html. Fecha de acceso: 31/01/2015.
49. Castillo I, Cogollo Z, Alvis L. Factores asociados a la prevalencia de tuberculosis en el distrito de Cartagena. *Rev.uni.ind.santander.salud* 2013; 45 (2): 21-27.
50. Pulgarin 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.
51. Carrasco M. Implementación de la estrategia AIEPI y sus 16 prácticas en salud dirigida a madres de niños/as menores de 5 años de la comunidad de Barbascal. Provincia de Santa Elena. Noviembre 2010 – marzo 2011. Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2045/1/104T0008.pdf>. Fecha de acceso: 29/01/2015.
52. Minda A. Factores influyentes asociados en la aparición de accidentes domésticos en niñas y niños menores de 5 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital San Vicente de Paúl, de la ciudad de Ibarra en el período noviembre 2010 a julio del 2011. Disponible: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1238/2/06%20enf%20460%20art%20c3%8dculo%20cient%20dfico.pdf>. Fecha de acceso: 28/05/2014
53. Ferreira E, Báez R, Trejo B, Ferreira L, Delgado G, et al. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *Salud Pública Mex.* 2013;55: 307-313.
54. Delgado M, Sierra C, Calvache J, Ríos A, Mosquera C, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. *Colombia Médica* 2006; 37 (4): 293-298.
55. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. *Hacia promoc. Salud.* 2014; 19(1): 128-140
56. Colombia. Ministerio de protección social. Resolución 00412 del 2000, norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Por la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El ministerio; 2000.

11. ANEXOS

ANEXO 1: Cuadro 2. Condiciones sanitarias de las poblaciones del área rural de Cartagena.

Corregimiento	Alcantarillado			Acueducto			Gas natural			Condiciones de la vivienda			
	Si	No	No Info	Si	No	No info	Si	No	No Info	C	A	CU	Otro
Caño del oro	4	296	4	4	296	4	6	294	4	286	5	12	1
Tierra bomba	1	325	6	1	325	6	1	325	6	304	6	22	0
Boca chica	1	801	10	1	801	10	2	800	10	756	14	42	0
Punta arena	0	100	4	0	100	4	3	97	4	98	3	3	0
Barú	2	452	3	2	452	3	1	453	3	418	11	28	0
Santa Ana	4	696	12	9	691	12	554	145	13	654	20	38	0
Islas del rosario	0	42	3	0	42	3	0	42	3	43	0	1	1
Punta canoa	0	59	0	0	59	0	3	51	5	59	0	0	0
Arrollo de las canoas	1	17	0	1	17	0	2	15	1	18	0	0	0
Arrollo de piedra	2	126	2	60	68	2	4	109	17	122	2	5	1
Arrollo grande	5	99	5	85	19	5	3	97	9	105	0	4	0
Pontezuela	8	228	9	9	227	9	136	95	14	221	9	15	0
Bayunca	109	1616	43	153	1572	43	874	791	103	1596	71	96	5
Isla Fuerte	1	225	3	3	223	3	1	225	3	224	3	2	0

Fuente: censo DANE 2011.

C: Casa.

A: Apartamento.

CU: Cuarto.

ANEXO 2: Encuesta sociodemográfica

Encuesta N° _____				
a) Variables socio demográficas				
1. Edad del cuidador: _____ años cumplidos.				
2. Procedencia: rural _____ urbana _____ Dirección. _____				
3. Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Divorciada _____ Separada _____ U. libre _____				
4. Nivel educativo: Analfabeta _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Bach. Incompleto _____ Bach. completo _____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Universitario _____.				
5. Seguridad social: no vinculado _____ subsidiado _____ contributivo _____				
6. Estrato social: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____				
7. Ocupación: ama de casa _____ empleada _____ independiente _____ desempleada _____				
8. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si _____ no _____ cuanto _____				
9. Número de personas con las que convive: _____ Tipo de familia: _____				
10. Ciclo vital familiar. _____				
11. Hábitos: Alcohol _____ Cigarrillo _____ Sustancias Psicoactivas _____ Recreación y Deporte _____				
Integrantes de la familia	Edad	Parentesco	Esq. Vacunación en el menor de 5 años	
			Completo.	Incompleto.

ANEXO 3: Encuesta a la comunidad sobre la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia.

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSTRUIDO.

Este consentimiento informado tiene como propósito proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación tiene como título *Prácticas claves de AIEPI aplicadas por familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena 2014*, está dirigida a los cuidadores de niños menores de cinco años de los corregimientos del área rural de Cartagena y es aplicada por los estudiantes de la Facultad De Enfermería de la Universidad De Cartagena. Tiene como meta caracterizar las prácticas claves de AIEPI en las familias de los niños menores de cinco años en el área rural de Cartagena.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde este momento le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Caracterizar las practicas claves de AEPI en familias de niños menores de cinco años en el área rural de Cartagena.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del Participante

ANEXO 5. RESULTADOS.

TABLA 1. Distribución según características sociodemográficas de las familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena - Colombia.

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR	N	%
Casada	39	6,8
Divorciada	2	0,4
Separada	46	8,1
Soltera	84	14,7
Unión Libre	384	67,4
Viuda	15	2,6
NIVEL EDUCATIVO DEL CUIDADOR	N	%
Primaria Incompleta	51	8,9
Primaria Completa	32	5,6
Bachillerato Incompleto	178	31,2
Bachillerato Completo	200	35,1
Técnico	76	13,3
Tecnólogo	19	3,3
Universitario	14	2,5
SEGURIDAD SOCIAL DEL NIÑO	N	%
No tiene	31	5,4
Regimen Subsidiado	432	75,8
Regimen Contributivo	107	18,8
TIPOLOGIA FAMILIAR	N	%
Familia Extensa	240	42,1
Familia Nuclear	271	47,5
Familia Nuclear modificada	59	10,4
CILO VITAL FAMILIAR	N	%
Crianza inicial de los hijos	79	13,9
Familia Con hijos preescolares	114	20,0
Familia Con hijos escolares	99	17,4
Familia Con hijos adolescents	79	13,9

Familia Plataforma de lanzamiento	199	34,9
TOTAL	570	100%

Fuente: encuestas del estudio.

El promedio de la edad del cuidador es de 29,6 años (DE: 9,6 años). El promedio de edad de los niños pertenecientes a las familias encuestadas es de 27,1 meses.

TABLA 2. Distribución según características de la vivienda de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

MODELO VIVIENDA	N	%
Apartamento	117	20,5
Casa	434	76,1
Cuarto	16	2,8
Inquilinato	3	0,5
MATERIAL TECHO	N	%
Carpa	1	0,2
Concreto	12	2,1
Eternit	470	82,5
Palma	4	0,7
Zinc	83	14,6
MATERIAL DE LAS PAREDES	N	%
Bloque	476	83,5
Carton + tabla	2	0,4
Madera	90	15,8
Zinc	2	0,4
MATERIAL DE LOS PISOS	N	%
Baldosa	170	29,8
Cemento	302	53,0
Tierra	98	17,2
TOTAL	570	100 %

Fuente: encuestas del estudio.

TABLA 3. Distribución según prácticas para el buen crecimiento físico y desarrollo mental del niño menor de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (0-6 MESES)	SI	%	NO	%
Adecuada	77	60,6	50	39,4
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (6-2 AÑOS)	SI	%	NO	%
Adecuada	53	35,6	96	64,4
ALIMENTACION (2-5 AÑOS)	SI	%	NO	%
Adecuada	220	71,9	86	28,1
Consumo de micronutrientes	384	67,4	186	32,6
AFECTO, CARIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA	SI	%	NO	%
Le sonrien	555	97,4	15	2,6
Le hablan	556	97,5	14	2,5
Le alzan	552	96,8	18	3,2
Le acompañan	548	96,1	22	3,9
Tiene juguetes	549	96,3	21	3,7
Juegan y permiten que jueguen	541	94,9	29	5,1

Fuente: encuestas del estudio.

TABLA 4. Distribución según prácticas de vacunación y saneamiento básico de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

CARNET DE VACUNAS DE LOS NIÑOS SEGÚN LA EDAD	N	%
Completo	529	92,8
Incompleto	40	7,0
Mal diligenciado	1	0,2
SANEAMIENTO BASICO. CONSERVACION DE ALIMENTOS	N	%
Cava de icopor	1	0,2
Cocidos	17	3,0
Compra diario	15	2,6
Refrigerado	503	88,2
Salados	6	1,1
Tanque	28	4,9
DEPOSICIÓN DE EXCRETAS	N	%
Alcantarillado	363	63,7
Campo abierto	23	4,0
Letrina	3	0,5
Poza séptica	181	31,8
DISPOSICIÓN DE BASURAS	N	%
Camión	455	79,8
Campo abierto	14	2,5
Canoa recolectora	58	10,2

La entierran	5	0,9
Queman	38	6,7
FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA	N	%
Acueducto	503	88,2
Carrotanque	67	11,8
TRATAMIENTO REALIZADO AL AGUA	N	%
Agua empacada	16	2,8
Cloro	3	0,5
Filtra	22	3,9
Hierven	180	31,6
Ninguno	349	61,2
CONDICIONES DE ASEO DE LA VIVIENDA	N	%
Aseada	316	55,4
Desaseada	254	44,6
ELEMENTOS CON QUE COCINA LA FAMILIA	N	%
Carbón	5	0,9
Estufa eléctrica	17	3,0
Gas natural	315	55,3
Gas propano	210	36,8
Leña	21	3,7
Ninguno	2	0,4
TOTAL	570	100 %

Fuente: encuestas del estudio.

TABLA 5. Distribución según condiciones sanitarias, medidas de higiene y prevención de malaria y dengue en las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

CONDICIONES SANITARIAS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN EL HOGAR	SI	%	NO	%
Basura y desorden alrededor de la vivienda	423	74,2	147	25,8
Insectos o ratones en los alrededores	449	78,8	121	21,2
Trapos y utensilios de cocina sucios	281	49,3	289	50,7
Animales domésticos dentro de la vivienda	275	48,2	295	51,8
Polvo en superficie de los objetos	319	56,0	251	44,0
Estufa en la habitación	52	9,1	518	90,9
Alimentos sin almacenar y no cubiertos	184	32,3	386	67,7
Recipientes de basura destapados	256	44,9	314	55,1
Niños descalzos	326	57,2	244	42,8
Niños juegan con tierra y no se lavan las manos	306	53,7	264	46,3
PLAGAS EN LA CASA	SI	%	NO	%
Mosca	413	72,5	157	27,5
Mosquito	491	86,1	79	13,9
Cucaracha	331	58,1	239	41,9
Rata	174	30,5	396	69,5
Ratones	370	64,9	200	35,1
METODOS PARA EL CONTROL DE PLAGAS			N	%
Fumiga			52	9,1

Insecticida	15	2,6
Método artesanal	1	0,2
Trampa	21	3,7
Veneno	233	40,9
Ninguna	237	41,6
No aplica	11	1,9
PREVENCIÓN DE MALARIA Y DENGUE. CHARCOS Y OTROS OBJETOS QUE ACUMULE AGUA.	N	%
No	67	11,8
Si	503	88,2
MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA MALARIA Y DENGUE	N	%
Angeo	1	0,2
Ninguno	367	64,4
Toldo	201	35,3
Toldo + angeo	1	0,2
Total	570	100 %

Fuente: Datos del estudio.

TABLA 6. Distribución según prácticas para la prevención de VIH, salud oral y tuberculosis de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

USO DEL CONDON POR PARTE DE LOS CUIDADORES DURANTE RELACIONES SEXUALES.	N	%
No	504	88,4
Si	66	11,6
REALIZACION PRUBA DE VIH EN EL EMBARAZO	N	%
No	21	3,7
Si	549	96,3
¿HA TENIDO OTRAS PAREJAS FUERA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS?.	N	%
No	363	63,7
Si	207	36,3
SALUD ORAL: HIGIENE BUCAL EN NIÑOS.	N	%
Adecuado aseo	312	54,7
Desaseo bucal	258	45,3
DESCONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ASEO BUCAL EN BEBES	N	%
No	338	59,3
Si	232	40,7
PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS. CONTACTO DEL NIÑO CON PERSONAS ADULTAS CON TOS POR MAS DE 21 DIAS	N	%
No	503	88,2
Si	67	11,8
PERSONAS CON TOS EN CONTACTO PERMANENTE CON EL NIÑO SIN MEDIDAS DE ASEPSIA	N	%
No	456	80,0
Si	114	20,0

PERSONAS ADULTAS CON TOS QUE ALIMENTAN AL NIÑO	N	%
No	490	86,0
Si	80	14,0
TOTAL	570	100 %

Fuente: encuestas del estudio.

TABLA 7. Distribución según morbilidad en los últimos cinco meses y manejo del niño enfermo en el hogar en las familias del área rural de Cartagena 2015.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS ULTIMOS 5 MESES DE LOS NIÑOS (MORBILIDAD).	SI	%	NO	%
Enfermedad de la Piel	126	22,1%	444	77,9%
Diarrea	196	34,4%	374	65,6%
Gripe	321	56,3%	249	43,7%
Fiebre	207	36,3%	363	63,7%
Otras	9	1,6%	561	98,4%
MANEJO DE GRIPE EN EL HOGAR.	SI	%	NO	%
Ofrece más líquido	176	58,5	125	41,5
Evita enfriamiento	218	72,4	83	27,6
MANEJO DIARREA EN EL HOGAR	SI	%	NO	%
Le dieron SRO	146	88,5	19	11,5
Mas liquido	146	90,1	16	9,9
Continua alimentación	106	65,0	57	35,0
Disminuye alimentación	57	34,8	107	65,2
MANEJO DE FIEBRE EN EL HOGAR	SI	%	NO	%
Trata la fiebre con acetaminofén	122	96,8	4	3,2
Da antibióticos	40	31,7	86	68,3
Lleva al CAP	93	73,8	33	26,2
MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL EN EL HOGAR	SI	%	NO	%
Aplica crema	6	6,5	87	93,5
Lleva al medico	7	7,5	86	92,5
No hace nada	80	86,0	13	14,0
¿SIGUE RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE SALUD?			N	%
No			36	6,3
Si			534	93,7
NIÑOS A LOS QUE DIERON MEDICAMENTO, ¿QUIÉN LO FORMULA?			N	%
Auto-medica			87	20,2
Médico			343	79,7

Fuente: datos del estudio.

TABLA 8. Distribución según prácticas del buen trato, cuidado permanente; participación del hombre en el cuidado del niño y la mujer gestante de familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

PARA EL BUEN TRATO Y CUIDADO PERMANENTE DE LOS NIÑOS.	SI	%	NO	%
Corrección del niño durante la última semana	361	63,3	209	36,7
Preocupación por la higiene del niño	98	17,2	472	82,8
PARTICIPACION DEL HOMBRE EN EL CUIDADO DEL NIÑO Y LA MUJER GESTANTE.	SI	%	NO	%
El niño vive con el padre	404	70,9	166	29,1
Padre apoyó durante el embarazo	466	81,8	104	18,2
Padre participa en el cuidado del niño	411	72,1	159	27,9
Se opone a planificar	40	7,0	530	93,0

Fuente: Datos del estudio.

TABLA 9. Distribución según práctica de prevención de accidentes en el hogar de las familias de niños menores de cinco años del área rural de Cartagena 2015.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	SI	%	NO	%
Accidentes Frecuentes en los niños	158	27,7	412	72,3
Objetos pequeños al alcance de los niños	240	42,1	330	57,9
Se le permite al niño Juego con bolsas plásticas	122	21,4	448	78,6
El niño Juega cerca piscinas, lavaderos y otros	152	26,7	418	73,3
Productos químicos al alcance de los niños	103	18,1	467	81,9
Alimentos almacenados junto a productos Químicos	56	9,8	514	90,2
Niños se alimentan con comida guardadas con tiempo	87	15,3	483	84,7
Existen balcones o escaleras sin protección	144	25,3	426	74,7
Existen vidrios rotos al alcance de los niños	183	32,1	387	67,9
Los niños juegan solos	268	47,0	302	53,0
Objetos cortopunzantes al alcance de los niños	302	53,0	268	47,0
Se le sirve la comida caliente a los niños	27	4,7	543	95,3
Acceso libre a la cocina	270	47,4	300	52,6
Enchufes Protegidos	173	30,4	397	69,6
Velas encendidas en la vivienda	5	0,9	565	99,1

Fuente: Datos del estudio.

TABLA 10. Distribución según práctica para la búsqueda de atención fuera del hogar de las familias del área rural de Cartagena 2015.

IDENTIFICAR SIGNOS DE PELIGRO.	N	%
Convulsión.	62	10,8
Letárgico o inconsciente.	27	4,7
Llanto irritable	7	1,2
Dificultad respiratoria.	191	33,5
Respiración rápida	10	1,7
Ruidos respiratorios	3	0,5

Tiraje subcostal	1	0,17
Ninguno	269	47,1
MUJERES EMBARAZADAS EN LA VIVIENDA	N	%
No	547	96,0
Si	23	4,0
¿ASISTE A CONTROL PRENATAL?	N	%
No	5	21,7
Si	18	78,3

Fuente: Datos del estudio.

TABLA 11. Distribución según porcentajes de cumplimiento de las prácticas claves de AIEPI de las familias del área rural de Cartagena.

PRACTICAS CLAVES DE AIEPI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
PRACTICA 1 Y 2	59,3 %
PRACTICA 3	67,4 %
PRACTICA 4	96,0 %
PRACTICA 5	92,8 %
PRACTICA 6	2,28 %
PRACTICA 7	6,32 %
PRACTICA 8	11,6 %
PRACTICA 9	50,9 %
PRACTICA 10	89,0 %
PRACTICA 11 Y 12	44,9 %
PRACTICA 13	47,0 %
PRACTICA 14	60,2 %
PRACTICA 15	6,55 %
PRACTICA 16	1,42 %
PRACTICA 17	93,7 %
PRACTICA 18	78,3 %

Fuente: Datos del estudio.