

Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral

Risk factors for prevalent childhood diseases in comprehensive care homes

Olga María París Pineda^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7427-3536>

Lisette Katherine Cárdenas Sandoval¹ <https://orcid.org/0000-0002-5125-1294>

¹Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Grupo de Investigación en Biomecánica Comunidad y Neurodesarrollo Entropía. Cúcuta, Colombia.

*Autor para la correspondencia: Ol.paris@mail.udes.edu.co

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud manifiesta que las enfermedades prevalentes de la infancia en el 2016 causaron una mortalidad de 5 millones en menores de 5 años, a causa de neumonía y enfermedad diarreica aguda.

Objetivo: Examinar los factores de riesgo modificables de enfermedades prevalentes de la infancia en los hogares comunitarios tradicionales del bienestar en Cúcuta, Colombia.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el 2018, en 23 hogares del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar en Cúcuta; la información se recolectó a partir del instrumento de identificación de factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia previo prueba inicial.

Resultados: Se atendieron 276 menores, 56,8 % niños. Se identificaron factores de riesgo modificables en los hogares, en 22,0 % de estos, los infantes deben mejorar el lavado de manos; con un porcentaje similar, se demostró que se debe insistir en la limpieza del material didáctico, juguetes, ventiladores y cortinas; en 17,3 % se observaron condiciones regulares en cuanto a la infraestructura; además, 20,0 % de los menores compartían alimentos, se presentó asistencia de infantes con enfermedades en curso y ausencia de protocolos de atención a seguir en tales casos, entre otros.

Conclusiones: Los factores de riesgo pueden ser intervenidos a través de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia desde sus componentes clínico,

comunitario y organización local para su prevención, con el interés y comprensión de la responsabilidad compartida para la atención de esta problemática en salud.

Palabras clave: prevención primaria; atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization states that prevalent childhood diseases in 2016 caused a mortality of 5 million in children under 5 years old, due to pneumonia and acute diarrheal disease.

Objective: Examine modifiable risk factors for prevalent childhood diseases in traditional community welfare homes in Cucuta, Colombia.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in 2018 in 23 households of the Colombian Institute of Family Welfare in Cúcuta; the information was collected from the instrument to identify risk factors for prevalent childhood diseases after initial testing.

Results: 276 children were attended, 56.8% of them were boys. Modifiable risk factors were identified in homes; in 22,0% of these, children should improve hand washing; with a similar percentage, it was shown that the cleaning of teaching materials, toys, fans and curtains should be insisted upon; in 17.3% regular infrastructure conditions were observed. In addition, 20,0% of the children shared food, there were children with ongoing diseases and absence of care protocols to follow in such cases, among others.

Conclusions: The risk factors can be intervened through the strategy of integrated care for prevalent childhood diseases from its clinical, community and local organization components for its prevention, with the interest and understanding of the shared responsibility for the care of this health problem.

Keywords: primary prevention; integrated management of prevalent childhood diseases; risk factors.

Recibido: 05/08/2020

Aceptado: 24/06/2021

Introducción

Los niños menores de 5 años se exponen diariamente a factores de riesgo de enfermedades prevalentes, caracterizadas por ser trasmisibles y frecuentes, en general se resuelven

rápidamente, pero pueden presentar complicaciones y causar altos índices de morbilidad y mortalidad, por lo cual se consideran un problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en 2016, la mortalidad de los menores de 5 años alcanzó 5,6 millones, lo cual equivale a 15.000 muertes diarias; las infecciones respiratorias son las enfermedades transmisibles más letales, en este mismo año causaron tres millones de defunciones en todo el mundo; la mortalidad es dos veces mayor en los infantes de hogares de bajos recursos económicos, comparados con los de mejores condiciones financieras. Además, la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) fue de 1,4 millones de muertes en 2016, 45 % de estas se asocian a malnutrición, situación posible de evitar con intervenciones oportunas. En consecuencia, una de las metas del objetivo de desarrollo sostenible número 3 (salud y bienestar) es reducir en 10 millones, el número de muertes en este rango de edad para el 2030.^(1,2)

En referencia a estas y otras enfermedades prevalentes de la infancia, los factores de riesgo están presentes en todos los contextos en que se desarrollan los infantes y requieren especial atención para su control, han sido ampliamente descritos y clasificados en aquellos susceptibles de intervenir y los que no lo son. Es así como en instituciones de atención a la primera infancia como los jardines infantiles, algunos estudios demuestran la presencia de factores de riesgo modificables de infección respiratoria aguda como la deficiente infraestructura, insuficiente vigilancia y dirección en prácticas de saneamiento, consumo compartido de alimentos, asistencia de infantes con IRA activas, poco conocimiento de los profesores sobre la enfermedad, escasos programas de prevención orientados a la familia, cuidado inadecuado de secreciones nasofaríngeas, ausencia de protocolos y guías de atención para quienes asisten con esta enfermedad.^(3,4)

Por lo tanto, se considera importante la articulación entre el Estado y la Academia para el diseño e implementación de programas de prevención en el marco de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) con la participación de los directores, profesores, cuidadores, familia, niñas y niños.⁽⁴⁾ En tal sentido, adquieren gran relevancia las modalidades de atención implementadas por el Estado que orientan su atención y acciones a las niñas y los niños desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, en condición de vulnerabilidad por desplazamiento forzado, problemas fronterizos, violencia y pobreza extrema, que no cuenten con una red de apoyo para su cuidado.

En consecuencia, el objetivo de este estudio fue Identificar factores de riesgo modificables de enfermedades prevalentes de la infancia en los hogares comunitarios tradicionales del bienestar en Cúcuta, Colombia (HCTB).

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal y de campo en 23 HCTB del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en Cúcuta, que atienden a 276 menores de 5 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos vulnerables.

Con el aval del Comité de Bioética de la Universidad de Santander, acorde a la Declaración Internacional de Helsinki y la resolución colombiana 8430 de 1993, este estudio clasificó como una investigación sin riesgo para los HCTB y los niños que atiende.

Técnicas de recolección de información

La investigación fue presentada ante la Regional de Norte de Santander del ICBF y los agentes educativos de los HCTB participantes, quienes estuvieron la posibilidad de comprender, indagar sobre el alcance y desarrollo del estudio para proceder a firmar el consentimiento informado.

El instrumento utilizado se ajustó a partir del instrumento de verificación de factores de riesgo de IRA en hogares infantiles y centros de desarrollo infantil, que fue sometido a evaluación por parte del ICBF y aprobado.⁽³⁾ Posteriormente, se realizó la prueba inicial del instrumento para la identificación de factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en HCTB.

Previo conocimiento del instrumento, los investigadores se desplazaron a cada HCTB para su aplicación, identificaron las variables a estimar como la caracterización de la población atendida respecto a sexo y edad, condiciones ambientales (calles pavimentadas, recolección y disposición de basuras y presencia de fábricas con emisión de contaminantes en la zona), además, lo relacionado con la documentación (verificación de la afiliación de las niñas y los niños al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esquema de vacunación completo acorde a la edad, valoración anual de salud física al ingreso, valoración odontológica anual, informe oportuno a los padres sobre situación de enfermedad de sus hijos y registro de enfermedades prevalentes de la infancia).

Respecto a las condiciones de higiene y saneamiento, se tuvo en cuenta la disponibilidad de los elementos de aseo personal, orientación de sus prácticas por parte del agente educativo a cargo, guía de lavado de manos, ayudas visuales, disposición de jabón líquido en los baños, correcto lavado y secado de las manos por parte de las niñas y niños. Asimismo, se evaluó, si existía orientación por parte de los agentes a las familias en relación con el desarrollo integral y condiciones de saneamiento para mejorar la salud de los menores.

Por otra parte, se identificaron las condiciones de infraestructura y aseo de los espacios de atención, tales como la limpieza del material didáctico y juguetes, acceso a los servicios públicos básicos, ventilación de la vivienda, limpieza de las cortinas; también, se evaluó el cumplimiento de los requisitos para la manipulación de alimentos y consumo compartido de alimentos entre los infantes.

Incluso, se valoró la atención dada a los niños y niñas que presentaron enfermedades prevalentes de la infancia, en este caso, se tuvo en cuenta la existencia de protocolos de atención, conocimiento de estas enfermedades por parte de los agentes educativos, limpieza correcta de las secreciones nasales, y botiquín de primeros auxilios con los implementos completos.

Acorde a lo anterior, durante la visita se realizó la identificación de factores de riesgo, según los 7 aspectos ya mencionados, se asignó la calificación acorde a la escala ordinal de cada una de las 32 preguntas del instrumento. Para cada pregunta están establecidas una cantidad de condiciones para la verificación correspondiente, del número de condiciones que se lograban comprobar, se asignaba la calificación según la escala. La escala del instrumento corresponde a (0: malo, ausencia, o que no cumple con ninguna condición; 5: se refiere a regular o algunas condiciones se cumplen; y 10: hace referencia a bueno, o a la presencia de todas las condiciones a evaluar), los datos se registraron en una hoja de respuestas que facilitó el proceso de recolección de los datos.

Para el análisis descriptivo de los datos recolectados, se utilizaron distribuciones absolutas y porcentuales, puesto que el instrumento maneja una escala ordinal lo cual facilita el método de respuesta. El análisis de los datos se realizó en el programa Microsoft Excel.

Resultados

Se evaluaron 23 HCTB pertenecientes a 5 barrios de Cúcuta que atienden 276 infantes menores de 5 años, de los cuales 56,8 % fueron niños. Respecto a condiciones ambientales de los HCTB, 13 % se ubicaron en calles pavimentadas, recolección adecuada de basuras e industrias en el sector, y 21,7 % presentó alguna de estas condiciones. En 47,8 % es adecuada la disposición de basuras y presentaron recipientes de recolección apropiados.

Los resultados de las variables estimadas se muestran en las tablas 1,2,3.

Tabla 1 - Distribución de la documentación en los hogares comunitarios tradicionales de bienestar

Correspondencia	Frecuencia	%
Afiliación de infantes al sistema de salud (%)		
100	11	47,80
Entre 76 y 99	3	13,04
Entre 51 y 75	9	39,13
Total	23	100,00
Esquema de vacunación completo (%)		
100	15	62,25
Entre 76 y 99	6	26,08
Entre 51 y 75	2	8,69
Total	23	100,00
Valoración anual de salud física(%)		
100	19	82,60
Entre 76 y 99	3	13,04
Entre 51 y 75	1	4,34
Total	23	100,00
Valoración odontológica anual(%)		
100	18	78,26
Entre 76 y 99	4	17,39
Entre 51 y 75	1	4,34
Total	23	100,00
Informe oportuno de la enfermedad		
Se informa	23	100,00
No se informa	0	0,00
Total	23	100,00
Registro de enfermedades prevalentes de la infancia		
Completo y actualizado	14	60,86
No tiene	9	39,13
Total	23	100,00

Tabla 2 - Disponibilidad de medios para la higiene de los infantes en los hogares comunitarios tradicionales de bienestar

Correspondencia	Frecuencia	%
Disponibilidad de elementos básicos de aseo personal		
Disponibilidad completa	20	86,95
Disponibilidad parcial	3	13,04
Total	23	100,00
Orientación del agente educativo a los infantes en prácticas de higiene		
Orienta	20	86,95
No orienta	3	13,04
Total	8	100,00
Existencia de guía institucional para el lavado de manos		
Existe	20	86,95
No Existe	3	13,04
Total	8	100,00
Ayudas visuales para el correcto lavado de manos		
Existen	14	60,86
No existen	9	39,13
Total	23	100,00
Disponición de jabón líquido para el lavado de manos		
Hay disponibilidad de Jabón líquido	22	95,65
No hay disponibilidad de jabón líquido	1	4,34
Total	23	100,00
Disponición de toallas desechables para el secado de las manos		
Disponibilidad de toallas desechables	0	0,00
No hay disponibilidad de toallas desechables	23	100,00
Total	23	100,00
Enseñanza del agente educativo del correcto lavado de las manos		
Se enseña el correcto lavado de las manos a todos los infantes	18	78,26
Se enseña a algunos infantes	5	21,73
No se enseña el correcto lavado de las manos	0	0,00
Total	23	100,00

En lo concerniente a la orientación de las familias de los infantes, en todos los HCTB realizan actividades sobre el cuidado de la salud mediante acciones permanentes, sin embargo, requieren capacitación y apoyo en algunos temas.

Tabla 3 - Distribución absoluta y porcentual de las condiciones físicas de los hogares comunitarios tradicionales de bienestar

Correspondencia	Frecuencia	%
Limpieza del material didáctico y juguetes.		
Todo el material está limpio	18	78,26
Algunos materiales están limpios	5	21,73
Total	23	100,00
Condiciones físicas de los espacios de atención		
Condiciones físicas buenas	19	82,60
Condiciones físicas regulares	4	17,39
Total	23	100,00
Disposición de la basura		
Cumple con los requisitos	11	47,82
Cumple parcialmente los requisitos	12	52,17
Total	23	100,00
Servicios Públicos básicos		
Cuenta con todos los servicios	23	100,00
No cuenta con alguno de los servicios	0	0,00
Total	23	100,00

Referente a infraestructura, en 82,6 % de los HCTB, las condiciones físicas de los espacios se consideran buenas y en 17,3 % regulares, se identificaron condiciones particulares en algunos casos como la ausencia de lavamanos y espacios reducidos para la atención de los infantes. Todos (100 %) cuenta con los servicios públicos básicos, aunque, refieren que el servicio de agua se interrumpe con frecuencia, pero tienen tanques que permiten el suministro.

Asimismo, se comprobó la limpieza del material didáctico y los juguetes en 78,2 % de los hogares, los ventiladores en 87,5 %, los colchones para dormir en 73,9 %, y las cortinas en 82,3 %. Por otra parte, en la manipulación de los alimentos, 100 % de los HCTB cumple con los requisitos exigidos para tal fin; de todos modos, se observó que los infantes en 20 %, comparten alimentos en el momento de las comidas, a pesar que todos reciben la misma alimentación.

En relación con la asistencia de los menores con enfermedades prevalentes, en 91,3 % de los HCTB no existe un protocolo de atención a seguir, en 69,5 % los agentes educativos manifestaron tener algún conocimiento de estas enfermedades, sin embargo, aseguraron que requieren mayor capacitación en estos temas. Todos los hogares cuentan con botiquín de primeros auxilios completos.

Discusión

En relación con el impacto de las enfermedades prevalentes de la Infancia como IRA, EDA y enfermedades inmunoprevenibles en el desarrollo saludable de los niños y las niñas en la etapa de los 0 a los 5 años de edad, investigaciones previas identificaron en jardines infantiles de carácter privado y público, factores de riesgo modificables, similares a los encontrados en los HCTB como el lavado incorrecto de las manos.⁽³⁾ Por tal razón, se debe insistir en el protocolo y disponibilidad de los implementos, como jabón líquido, toallas desechables y guía visual en los baños al alcance de los niños, además, la orientación permanente de quienes los atienden para facilitar la instauración de este hábito saludable, por lo que agentes educativos solicitan capacitaciones para fortalecer la prevención y la gestión en el manejo en el hogar.

Una investigación realizada en Colombia en el 2013 encuentra que 64,4 % de los niños referían no haber recibido instrucción del proceso de lavado de manos por parte de sus docentes, y 97,6 % refería lavárselas con agua y jabón, principalmente después de ir al baño;⁽⁵⁾ en contraste, en este estudio, se observó la enseñanza del correcto lavado en 78,2 % de los HCTB; y un porcentaje similar contaba con jabón líquido.

Es así, como estudios recientes, afirman que las principales razones, por las cuales, esta práctica es inadecuada, es por la falta de motivación, la ausencia de lavamanos, alcohol en gel, jabón líquido y toallas de papel, incluso la falta de tiempo, la irresponsabilidad y el desconocimiento sobre la importancia de este hábito saludable, como factor protector en la transmisión de microorganismos.^(6,7) La adopción de esta buena práctica, debe ser contemplada por todos los profesionales de la salud, docentes, agentes educativos, cuidadores, familiares y niños, por ello, se hace indispensable la preparación de cada uno de los actores mencionados e inversión en la concienciación, materiales e infraestructura de los hogares comunitarios, viviendas y colegios.⁽⁴⁾

Por otra parte, un estudio realizado en Brasil, en el 2011⁽⁸⁾ identifican entre 1998 y 2008, publicaciones relacionadas a la estrategia AIEPI con enfoque en el cuidador, que demuestra, mediante entrevistas, que la mayoría de las madres reconocen uno o más signos de alarma para la IRA y la importancia de administrar líquidos mientras los niños están enfermos, pero no tienen conocimiento de brindar alimentación adecuada como lo establece la estrategia; situación similar se presenta en este estudio, donde los agentes educativos orientaron a las familias de los infantes sobre temas del cuidado de la salud, pero, estos, plantearon la necesidad de apoyo en capacitaciones, para brindar información pertinente y acertada con respecto a las prácticas del niño enfermo en el hogar.

Asimismo, lo refieren diferentes estudios, en los cuales, se demuestra la importancia de la capacitación de los padres o cuidadores a través de la AIEPI. En tal sentido, los agentes educativos de los HCTB requieren habilidades comunicativas, material, equipo audiovisual y conocimientos sobre las diferentes prácticas de la estrategia, capacitaciones necesarias para orientar a los

padres de familia sobre las acciones a ejecutar o cuidados a tener en cuenta en el momento que los niños se enfermen, igualmente, sobre la necesidad de acudir a los servicios de salud, principal herramienta para minimizar el riesgo. Toda orientación efectuada a padres de familias o cuidadores genera mayor seguridad en el momento de cuidar a los infantes, de esta manera, se valora la participación y la corresponsabilidad de los adultos para proteger a los menores.^(9,10)

En atención a lo anterior, se considera importante que los agentes educativos y las familias dentro del componente comunitario de la estrategia AIEPI, comprendan la importancia del trabajo conjunto con el Estado, los servicios de salud y la Academia para la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, en el cual se destaca la necesidad de fortalecer las comunidades en conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo integral de los infantes. Este componente presenta medidas preventivas y curativas dirigidas a las familias, comunidades y profesionales de la salud como una herramienta para la educación en salud.⁽¹¹⁾

Respecto a la vacunación, existen algunas barreras que han sido identificadas como temor de los cuidadores a la reacción posvacunal de dolor y fiebre, de la misma forma la violencia, el desplazamiento forzado, las dificultades de transporte, condiciones socioeconómicas, problemas administrativos, desarrollo precario de sistemas de información, desconocimiento de gratuidad del servicio entre otras,⁽¹²⁾ lo cual se relaciona con los resultados de la presente investigación donde solo en 62,2 % de los hogares se encontraron los registros de vacunación completos y al día para la edad. Resultados comparables con los encontrados en los programas de vacunación en los países de América Latina en el periodo 2000-2015, que refieren una cobertura promedio mayor o igual para sarampión de 76,0 % y polio, 48,0 %.⁽¹³⁾

Algunos estudios demuestran que la vacunación en edades de 6 a 23 meses disminuye el riesgo de morir de infección respiratoria grave y resaltan la importancia de planificar la distribución y aplicación oportuna a la población,⁽¹⁴⁾ por consiguiente, es preciso insistir a los padres en la importancia de la vacunación y del registro correspondiente, situación debe ser atendida puesto que el control de las enfermedades prevalentes de la infancia está directamente relacionado con esta práctica preventiva. En ese sentido, se considera importante la educación a la comunidad, el acompañamiento de profesionales de la salud, el avance en tecnología para atención y tratamiento, así como un sistema de vigilancia epidemiológica adecuado que permita identificar situaciones que requieren ser priorizadas.

De igual forma, otro factor de riesgo de enfermedades prevalentes en la infancia es la asistencia de niños y niñas que presentan alguna enfermedad, los cuales, no se recuperaron completamente en casa, y son enviados a los hogares comunitarios o colegios, bien sea, porque no hay quien los atiendan en casa, debido al trabajo de sus padres, este es otro determinante encontrado en este estudio, similar al de investigaciones realizadas en jardines infantiles públicos y privados,^(3,4) sin embargo, en los jardines infantiles se atienden un mayor número de menores, lo que aumenta el riesgo de enfermarse. Dentro de lo posible, los menores no deberían asistir si presentan cuadro clínico de IRA, EDA o algún brote de virus, pues son fuente de contagio para los demás infantes,

teniendo en cuenta que, la mayoría de las veces la transmisión es persona a persona, y muy rara vez, los brotes son transmitidos por alimentos.⁽¹⁵⁾

En el momento en que asisten infantes enfermos, los agentes educativos deben atender la sintomatología que presente el niño o niña y en general, aunque tienen conocimiento básico requieren capacitación permanente. Ese elemento lo confirman algunos autores,⁽¹⁶⁾ cuando expresan que los cuidadores presentan actitudes favorables como el control adecuado de la fiebre, sugerencias de atención médica oportuna, cumplimiento en el tratamiento médico, sin embargo, las recomendaciones de alimentación de estos niños enfermos no fue adecuada.

Es de interés resaltar que los jardines infantiles cuentan con instalaciones diseñadas o adaptadas para tal fin, mientras que los HCTB se ubican en las casas de los agentes educativos, en la misma zona donde residen los infantes, y aunque solo atienden 12 de ellos, en ocasiones el espacio y la dotación no son ideales para su atención. Generalmente el cuidado de los agentes educativos es mientras los padres de familia trabajan para el sustento diario que permite satisfacer las necesidades básicas, entre otras situaciones.

Por lo cual, es importante aclarar que, en los hogares tanto de atención como en las viviendas, se debe verificar de forma continua las condiciones en las que se encuentren los procesos de recolección de basuras, hacinamiento,^(15,17) ventilación, aseo y limpieza, tipo de pisos, calles pavimentadas y presencia de animales,⁽¹⁷⁾ pues estos, constituyen factores que pueden contribuir al desarrollo de enfermedades prevalentes en los menores.

En tal sentido, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron la AIEPI, una de las principales herramientas que contribuye a la detección y tratamiento oportuno,⁽¹¹⁾ a través de los componentes clínico, comunitario y de organización local y orienta sus acciones hacia la implementación de 18 prácticas clave que se especifican por grupos de desarrollo físico y mental del niño, prevención de enfermedades, atención adecuada en el hogar y búsqueda de ayuda fuera del hogar. Su objetivo es mejorar la salud de la niñez y prevenir la morbilidad y mortalidad por la presencia de dichas afecciones.⁽¹⁸⁾

El bienestar de la primera infancia es de interés primordial para el Gobierno de Colombia, por lo que determinó la Estrategia Nacional de atención integral a la primera infancia de Cero a Siempre, la cual en el año 2016 se convirtió en Política de Estado mediante la Ley 1804 del año 2016, como un modelo de aseguramiento holístico puesto en marcha en contextos de pobreza y constituye un “Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Prestación del Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia.”⁽¹⁹⁾ En coherencia con estos lineamientos, la Política de Atención Integral en Salud, mediante su Modelo de Atención Integral vela por el cuidado de la salud y bienestar de la población, con acciones orientadas a la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, mediante la activación de las rutas integrales de atención, donde se promueve el saneamiento básico con el correcto lavado de manos (autocuidado, práctica, educación de los menores, agentes educativos y padres de familia en cada uno de los hogares y jardines infantiles, articulados a la estrategia AIEPI).⁽¹¹⁾

Es por ello, que se puede intervenir de forma oportuna, reducir la morbilidad y mortalidad y la existencia de factores de riesgo no modificables de enfermedades prevalentes de la infancia como la edad, los cambios climáticos, la contaminación del aire interior y ambiental⁽²⁰⁾ y el bajo peso al nacer, sumados a aquellos susceptibles de intervenir como prácticas inadecuadas de saneamiento, condiciones socioeconómicas difíciles, problemas de infraestructura, falta de conocimiento de estas enfermedades por parte de los agentes educativos y las familias, así como vacunación incompleta, entre otros.

Es así como estudios relacionados con capacitaciones a docentes, agentes educativos, padres o cuidadores de los infantes, respecto a las acciones y estrategias a desarrollar frente a la atención adecuada de las enfermedades prevalentes, son factores fundamentales en la disminución del contagio, para ello, se debe resaltar, la importancia de adelantar procesos educativos que fortalezcan esos conocimientos de forma constante, como lo expresan *González* y otros, quienes determinaron que los factores de riesgo de enfermedades prevalentes como la IRA son multicausales y muchos pueden ser modificados aplicando acciones efectivas de medicina preventiva.⁽²¹⁾

Se considera importante realizar diagnósticos de cada una de las condiciones de los escenarios donde los infantes permanecen la mayor parte del día, pues pueden favorecer los factores de riesgo que mantienen las elevadas cifras de IRA, EDA, y otros brotes epidemiológicos. Acorde a lo anterior, se puede determinar que las niñas y los niños expuestos a algunos factores de riesgo modificables de enfermedades prevalentes de la infancia pueden ser intervenidos para la prevención de dichas enfermedades.

Sin embargo, los autores consideran que una muestra mayor permitirá profundizar y generalizar los resultados.

Se concluye que los factores de riesgo pueden ser intervenidos a través de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia desde sus componentes clínico, comunitario y organización local para su prevención, con el interés y comprensión de la responsabilidad compartida para la atención de esta problemática en salud.

Es recomendable realizar intervenciones continuas a través de la Estrategia de Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia desde sus componentes clínico, comunitario y organización local, que permitan la prevención de estas enfermedades y que refleje el interés y la responsabilidad compartida para la atención de esta problemática de salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 20/04/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

2. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 23/06/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. París Pineda OM, Castillo Ortega NL, Calvo Betancur VD, Ángel Sandoval CJ, Dávila AP. Factores de riesgo modificables de infección respiratoria en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta. Universidad salud. 2013 [acceso 15/12/ 2020];15(1). Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/1284>
4. París Pineda OM, Castillo Ortega NL, Calvo Betancur VD, Ordóñez Mendoza YP, Álvarez Rey NE, Valderrama MC. Prevención de infecciones respiratorias en instituciones de atención integral en el Norte de Santander. Hacia la promoción de la salud. 2020 [acceso 20/01/2020];25(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00130.pdf>
5. Rodríguez Moreno R, Roncancio Poveda SY. Lavado de manos asociado a la incidencia de Enfermedades respiratorias y diarrea aguda. Rev Salud Areandina. 2019 [acceso 22/06/2020];2(2). Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1293>
6. Pereira das Neves ZC, Veiga Tipple AF, Silva e Souza AC, Pereira MS, Melo DS, Ferreira Rodrigues LR. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2006 [acceso 22/06/2020];14(4). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a12.pdf
7. Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simões SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enferm Glob. 2011 [acceso 23/06/2020];10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lng=es
8. Coelho Pina J, Paranhos VD; Fallerios de Mello D. La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y el enfoque en los cuidadores: revisión integradora de la literatura. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2011 [acceso 23/06/2020];19(1). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_27.pdf
9. Norena Peña AL, Cibanal JL. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>.
10. Pinheiro de Melo E, Lopes Ferreira P, Garcia de Lima R, Falleiros de Mello D. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia: Ministerio; 2012 [acceso 3/07/2020]. Disponible en https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=recursos_bibliograficos
12. Escobar Díaz F, Osorio Merchán MB, De la Hoz Restrepo F. Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. Rev Panam Salud Publica. 2017 [acceso 11/06/2020];41. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e123>

13. Mendoza Mendoza A, Cervantes De La Torre K, De La Hoz Domínguez E. Programas de vacunación infantil en América Latina, 2000-2015. Rev Cubana Salud Pública. 2019 [acceso 12/06/2020];5(3):e1458. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1458/1261>
14. Sarrouf E, Souza Santos R, Gonçalves Cruz O. Mortalidad atribuible a gripe en los períodos prevacunación y posvacunación en Argentina: estudio ecológico (2002-2016). Rev Panam Salud Publica. 2019 [acceso 11/06/2020];43. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49757>
15. Delpiano Méndez L. Infecciones en niños de sala cuna y jardines infantiles. Medwave. 2004 [acceso 11/06/2020];4(10). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatricaSBA/Noviembre2004/2353>
16. Duchitanga Sangurima JL, Cumbe Minchalo SM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de Infecciones Respiratorias Agudas en los cuidadores de niños menores de 5 años atendidos en el Subcentro de Salud Parque Iberia [tesis]. Ecuador, Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015 [acceso 20/07/2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23054/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
17. López Campos X, Massip Nicot J, Massip Nicot T, Domínguez Y. Factores de riesgo de infecciones respiratorias altas recurrentes en menores de cinco años. Rev Panam Infectol. 2014 [acceso 24/06/2020];16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009
18. Carmona Jiménez D, Jaramillo Parra E, Moreno A, Gil Villa A, López Herrera F. Prácticas clave y conocimientos maternos de la Estrategia AIEPI en el Ambiente Comunitario. Rev Fac Nac Salud Pública 2017 [acceso 5/05/2021];35(3). Disponible en: 10.17533/udea.rfnsp.v35n3a13
19. Falabella A, Cortázar A, Godoy F, González M, Romo F. Sistemas de aseguramiento de la calidad en Educación Inicial. Lecciones desde la experiencia internacional. Gest Polít Pública. 2018 [acceso 24/06/2019];27(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792018000200309&lng=es&tlng=es.
20. Cortes Ramirez J, Wilches Vega J, Paris Pineda O, Rod J, Ayurzana L, Sly P. Environmental risk factors associated with respiratory diseases in children with socioeconomic disadvantage. Heliyon. 2021;7(4). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06820>.
21. Oliva González Y, Piloto Morejón M, Iglesias Gómez R. Clínica y epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en pacientes de 0-14 años. Rev Ciencias Médicas. 2013 [acceso 24/06/2020];17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100006

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Contribución de los autores

Olga María París Pineda: Conceptualización, gestión, análisis formal, investigación, redacción, revisión, edición, administración del proyecto y supervisión.

Lisette Katherine Cárdenas Sandoval: metodología, recolección de datos, análisis formal, redacción y edición.