



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA



PREVENCIÓN DE QUEMADURAS EN NIÑOS : INFORMACIÓN QUE POSEEN SUS FAMILIAS

AUTORES:

Br. De Luca, Lorena
Br. Delgado, Laura
Br. Martínez, Virginia
Br. Soares, Sabrina
Br. Villaamil, María Eugenia

TUTORES:

Lic. Enf. Lacava, Esther
Lic. Enf. Menoni, Teresa

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

AGRADECIMIENTOS

Los agradecimientos están dirigidos a todas aquellas personas que de una u otra manera han colaborado en la elaboración de está trabajo; especialmente a nuestras familias, tutoras, profesora de bioestadística y personal del Centro de Salud.

INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Planteamiento del problema y Objetivos	3
3.- Justificación y Antecedentes.....	4
4.- Marco conceptual	7
4.1. Familia	
4.2. Niñez	
4.3. Accidentes domésticos	
4.4. Quemaduras	
4.5. Prevención	
4.6. Información	
5.- Diseño Metodológico.....	19
6.- Resultados	23
7.- Análisis.....	32
8.- Conclusiones	36
9.- Sugerencias	38
10.- Bibliografía	39
11.- Anexos	42
11.1. Anexo N° 1 Formulario e instructivo.	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se encuentra orientado a conocer qué información poseen las familias sobre los accidentes domésticos por quemaduras con líquidos calientes en niños de 1 a 4 años de edad, el mismo será llevado a cabo por cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República; cumpliendo con la exigencia curricular de desarrollar un trabajo científico para la obtención del título académico, el cual está enmarcado en la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

Hoy en día se observa una creciente necesidad de otorgar la importancia que se merece el fomento de la salud, haciendo énfasis en la prevención primaria para lograr impactos positivos en la salud de la comunidad. El fomento de la salud es una tarea que debe ser estimulada desde edades tempranas vinculando la familia en su totalidad.

Cabe destacar que generalmente se da como sobreentendido el hecho que las familias conocen como cuidar la salud de sus integrantes y cumplir las funciones que le son asignadas, pero siempre se puede aportar información que enriquezca y favorezca el correcto desenvolvimiento de sus integrantes; y que además sea capaz de crear y promover conductas saludables. Esta tarea debe ser llevada a cabo por todos los integrantes del equipo de salud en especial de la enfermera profesional en un ambiente que promueva la participación de los grupos.

Nos enfocaremos al fomento de la salud de los niños ya que sabemos que dentro del núcleo familiar éste es el integrante más vulnerable por el solo hecho de ser niño, curioso, extrovertido, osado pues no conoce el peligro, estas características sumadas a la desinformación que pueden llegar a tener las personas a cargo del cuidado de éste, hacen que el niño se encuentre propenso a accidentarse. Es por ello que haremos énfasis en la importancia de que los cuidadores se encuentren informados y capacitados para poder aplicar dicha información en el momento oportuno.

Para el trabajo en cuestión, se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, el mismo se llevo a cabo en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el período comprendido entre el 25 de julio y el 7 de agosto del presente año. Las variables predeterminadas fueron trasladadas a un formulario siendo fundamental la variable información. Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas a los responsables del cuidado de los niños de 1 a 4 años que asistían a la consulta pediátrica en el horario de 12 a 18 horas. Se procesaron y analizaron los datos recabados representándolos en tablas de frecuencia absoluta, porcentual y sus gráficos respectivos. Creímos importante el utilizar el método de cruce de variables para enriquecer y profundizar el trabajo el cual se presentó con tablas de contingencia y posteriormente se halló el cálculo de "Chi cuadrado" para analizar la asociación de dichas variables.

Los resultados mostraron que existen carencias en cuanto a la información sobre los accidentes domésticos, específicamente las quemaduras con líquidos calientes en niños, esto se ve claramente en los datos obtenidos, los cuales muestran que del total de 84 entrevistados, el 80% no se encontraban informados acerca de la prevención de quemaduras por líquidos calientes. Si nos enfocamos a la información que recibieron

sobre el tema tratado, encontramos un 78,6% de personas que nunca recibieron información lo que nos da la pauta que ningún Organismo se ha interesado realmente en tratar este tema; solamente 18 personas recibieron información, de estas la mayoría (el 55,6%) fue a través del equipo de salud.

Como futuros Licenciados en Enfermería el desarrollo de este trabajo nos permitió tener una visión amplia acerca de los conocimientos que poseen las familias y de esta manera en un futuro poder planificar de forma ordenada y precisa acciones que podrán llevarse a cabo en dicha comunidad apuntando a mejorar la calidad de vida de los grupos familiares. Estas acciones podrán ser enmarcadas en un programa de prevención de accidentes y ser puesto en práctica en los centros de salud, lugares que se encuentran al alcance de todas las personas por hallarse en puntos estratégicos los cual los hace de fácil acceso para la comunidad.

Con el desarrollo del presente trabajo se llevo a cabo la función investigadora de la enfermera universitaria, enriqueciendo nuestra experiencia profesional y pudiendo así despertar nuestro espíritu investigador el cual continuará a lo largo de toda nuestra carrera aportando y perfeccionando así nuestra área independiente dentro de la salud.

Consideramos que sería oportuno y enriquecedor, dado los resultados obtenidos en dicho trabajo que el mismo sirva de base para investigaciones posteriores.

ÁREA TEMÁTICA

"Salud de las familias con integrantes en edad preescolar"

PROBLEMA

¿Que información poseen las familias sobre la prevención de accidentes por quemaduras con líquidos calientes en niños entre 1 y 4 años de edad, que concurren al Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el período comprendido entre el 25 de julio y el 7 de agosto de 2006?

OBJETIVO GENERAL

Identificar que información poseen las familias acerca de la prevención de accidentes por quemaduras con líquidos calientes en niños entre 1 y 4 años de edad que concurren a un Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el período entre el 25 de julio y el 7 de agosto de 2006 en el horario comprendido entre 12:00 y 18:00 hrs.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar el núcleo familiar.
- 2) Determinar qué información posee el responsable del cuidado del niño acerca de la prevención de quemaduras con líquidos calientes.
- 3) Determinar las fuentes de información utilizadas por el responsable del cuidado del niño.

JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la comunidad tomando como centro la familia, ya que ésta constituye una de las estructuras intermedias entre el individuo y la sociedad; por lo tanto, si fomentamos la salud familiar estaremos incidiendo en la salud de la comunidad.

No debemos olvidar que la familia constituye la primera red de apoyo, de transmisión de información, valores y socialización para el individuo. Es primordial el acercamiento a la familia ya que éste nos permitirá conocer su situación, así como la información que poseen sobre el cuidado de los niños para la prevención de quemaduras con líquidos calientes.

El interés respecto a la elección del tema reside en las estadísticas mundiales, las cuales muestran que en los últimos años la tasa específica de mortalidad por accidentes en la infancia fue de 25/100 000 niños según la OMS (Organización Mundial de la Salud).(1)

Según el Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, el hogar constituye el ambiente en que se producen el 45% de los accidentes en el mundo.(2)

Bendlin; Linares en su Tratado de Quemaduras (3) compara datos de un estudio realizado en Porto Alegre, Brasil, con una muestra de 247 casos y otro realizado en Estados Unidos con una muestra de 457 casos; ambos realizados en el año 1987. Se estudiaron ciertas variables destacándose que :

Edad: Los niños hasta 4 años muestran mayor vulnerabilidad a las lesiones por quemaduras en ambas poblaciones. En la brasileña el 21% de estos es de 4 años y en la Estadounidense el 21% era de 3 años.

Etiología: las lesiones por llama estuvieron presente en más de la mitad de la muestra estadounidense (54.3%), seguida por escaldaduras (25.4%), en la brasileña las escaldaduras ocuparon el 42.3%.

Sexo: En la muestra de Porto Alegre el 73.1% de los internados eran varones; en Estados Unidos lo fue el 65%.

Lugar: En cuanto al lugar del accidente, el mayor porcentaje se quema en el domicilio.

Un estudio llevado a cabo por la Sociedad Uruguaya de Pediatría y realizado en el servicio de emergencia del "Centro Hospitalario Pereira Rossell" en el año 1998 (4) muestra que: uno de cada seis niños son asistidos anualmente por accidentes de diversa gravedad, lo que supone un promedio de aproximadamente 150 000 consultas anuales por esta causa, representando un 58,4% de accidentes que ocurren dentro del hogar; un 73,4% de estos prevalecen dentro del rango etario de 0 a 4 años. Por cada niño que muere a causa de un accidente 45 requieren tratamiento y/o hospitalización y un número que excede a 1 000 niños reciben atención en salas de urgencias de todo el país.

1- GLIZER I M. Dr.; "Prevención de accidentes y lesiones"; 1ª Edición; O.P.S. O.M.S.; Tandil, Argentina; 1993.

2- www.ocspp.gub.py. MORA S, SAMUDIO O, Y OTROS; 'Accidentes Domésticos en Pediatría' . Organismo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Vol 27, N°2. Paraguay. Julio-Dic 2000.

3- BENDLIN; LINARES; BENAJIM. 'Tratado De Quemaduras'; Ed. Interamericana. Mc. Gran-Hill. México 1993.

4- SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA; Comité de accidentes; 'Prevención y asistencia de accidentes domésticos'. Montevideo, Uruguay; 1998.

La UCM (Unidad Coronaria Móvil) realizó un trabajo entre el año 2001 y 2003 (5) determinando que, de los accidentes ocurridos dentro del domicilio, los de mayor prevalencia fueron las quemaduras representando un 6% de las consultas en niños de hasta 5 años, se observó que en su mayoría se debe al contacto del niño con líquidos calientes y sobre todo tienen lugar en la cocina, prueba de ello es que en la mayoría de los casos estos accidentes ocurren a la hora 12 y a las 20 siendo éstos los horarios de preparación de alimentos.

Se extrajeron datos de una investigación realizada por el Servicio de Quemados del "Centro Hospitalario Pereira Rossell" entre los años 1982-1992 (6) siendo la responsable del mismo la Dra. Marisabel Ramírez; afirma que: aproximadamente el 40% de las consultas por accidentes en el Servicio de Emergencia corresponden a quemaduras, siendo ésta intradomiciliarias, que afectan sobre todo a las clases sociales más bajas, provocando lesiones personales, distorsión familiar y graves secuelas. En cuanto a la edad se pudo constatar que el predominio de los accidentes ocurrían a edades muy tempranas (entre 1 y 3 años) representando un 56% de las mismas. Con respecto al agente causal el más frecuente ha sido el líquido caliente con un 78.1%.

En lo que respecta a las lesiones, afirma que todas las quemaduras dejan secuelas estéticas y/o funcionales irreversibles o no. El 3.2% de las secuelas asistidas en el servicio, han requerido tratamiento quirúrgico, el resto son pacientes que por medio de la rehabilitación revierten hacia la normalidad.

Tomando en cuenta que las estadísticas muestran que la mayoría de los accidentes por quemaduras con líquidos calientes ocurren en el hogar, es fundamental conocer la información que poseen los adultos que se encuentran al cuidado de los niños para la prevención de las mismas, de esta manera se podrá trabajar fortaleciendo las actitudes positivas y brindándoles la información necesaria para prevenir dichas situaciones. Cabe destacar que los niños entre 1 y 4 años de edad están totalmente dependientes del cuidado y protección que les brinden los adultos, por lo tanto creemos que la información que éstos posean es primordial en la prevención de estos accidentes.

La población en edad preescolar, se encuentra caracterizada por la etapa de vida en curso, en la cual se aprende a través de experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación; por lo que le es difícil percibir el peligro lo cual sumado a la inquietud propia de todos los niños por explorar el mundo que los rodea hace una combinación peligrosa que se potencia cuando los adultos a cargo no toman las medidas de seguridad necesarias incrementando las posibilidades de ocasionarles lesiones, las cuales dejan secuelas que se producen a una edad en la que aún no se ha producido la maduración psicofísica, lo que puede impedir el desarrollo normal de funciones tan simples como caminar, escribir y aún alimentarse correctamente. Esto hace que a muy temprana edad el niño presente una minusvalía que podrá o no ser superada. Esta superación está influenciada por el medio socioeconómico y cultural en el que habita.

5 - www.elpaisdigital.com.uy FERNÁNDEZ L. "Accidentes domésticos. Son la principal causa de muerte en menores de 1 y 14 años. 1 de cada 5 consultas que se realizan en el CHPR son por esta causa". Montevideo-Uruguay. 18 de Abril 2004.
6- RODRÍGUEZ M. "Quemaduras en los niños". Archivos de pediatría Vol. 3, artículo 65, (pág 5 a 12). Uruguay 1994.

Es por ello que creemos importante el rol que cumple la Licenciada en enfermería comunitaria como integrante de programas de prevención de accidentes, fomentando aspectos positivos y educativos en forma conjunta con la comunidad, las familias y redes de apoyo del niño. Las familias de estos niños constituyen la base fundamental a la hora de planificar las acciones a llevarse a cabo, ya que los accidentes son sucesos previsibles si actuamos sobre las causas que los originan.

MARCO CONCEPTUAL

Para poder hacer posible la realización del trabajo de investigación, nos basaremos en diferentes conceptos los cuales sustentarán al mismo.

Consideramos primordial comenzar conceptualizando a la familia; ya que es la unidad básica de la sociedad y como mencionamos anteriormente es la primer red de apoyo del niño; para ello tomamos la definición de "Luis De La Revilla" que afirma que :

"La familia es la unidad bio-psico-social integrada por un número variable de personas, ligados por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo hogar".

La familia como unidad cumple una serie de funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente.

Por función familiar (1) entendemos las tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y papel que desempeñan en la unidad familiar, que les permitan alcanzar los objetivos psicológicos, culturales, educativos, y económicos que la caracterizan.

Se dividen en 6 funciones básicas:

- a) *Comunicación*: Es una función básica ya que por ella es que se cumplen el resto de las funciones. La familia utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, comprensión.
- b) *Afectividad*: Es la relación de cariño y amor existente entre sus miembros.
- c) *Apoyo*: Se proporciona apoyo a cada uno de sus miembros. Esto implica apoyo físico, social y emocional. Debido a este apoyo se pueden resolver situaciones conflictivas, momentos de crisis individual y colectivas.
- d) *Adaptabilidad y flexibilidad*: La familia es un grupo dinámico que mantiene relaciones intensas con los elementos que la conforman y con su entorno social, educacional y laboral, todas ellas la exponen a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos. Los cambios a los que se somete la familia pueden deberse al paso de las distintas etapas del ciclo vital.
- e) *Autonomía*: La familia establece independencia para cada uno de sus miembros que le facilita crecimiento personal.
- f) *Reglas y normas*: Las familias establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener orden y armonía, en cierta forma determinan la conducta de sus miembros dentro del hogar.

Toda familia posee una estructura que varía según la composición, el número de integrantes, el grado de parentesco que posean, entre otras; para poder clasificarla nos basamos en L. De La Revilla.

1- De la Revilla L., "Conceptos e Instrumentos de atención familiar"; Tercera edición; Ed. Doyma S.A.; Barcelona-España; 1994.

Clasificación de la familia según su estructura:

- 1) Familia extensa: Conviven en un hogar más de dos generaciones.
- 2) Familia nuclear (F.N): Formada por dos individuos que ejercen el papel de padres y sus hijos.
 - a) F.N. con parientes próximos: Tienen en la misma localidad otros miembros familiares, fundamentalmente la madre de alguno de los cónyuges.
 - b) F.N. sin parientes próximos: Cuando no tiene familiares en su misma localidad.
 - c) F.N. numerosa: Es la que está formada por los padres y más de 4 hijos.
 - d) F.N. ampliada: Cuando viven en el hogar otras personas que pueden ser parientes (tíos, abuelos, etc.) o personas sin vínculos consanguíneos (huéspedes o servicio doméstico).
 - e) Familia binuclear: Se clasifica así cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distinto progenitor.
- 3) Familia monoparental: Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- 4) Personas sin familia: Se incluye a adulto soltero, divorciado sin hijos.
- 5) Equivalentes familiares: Se trata de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional como, parejas homosexuales estables, amigos, religiosos, etc.

En estas últimas décadas, se ha observado una serie de transformaciones en la estructura de las familias uruguayas; según los estudios de CEPAL solo un 37% de los hogares están compuestos por familias nucleares.

La mujer ha ingresado al mercado laboral constituyéndose en uno de los factores más importantes del cambio familiar y los roles dentro de la misma. La liberación de la sexualidad separándola del matrimonio y la procreación han llevado a que en los sectores marginales se hayan incrementado los hogares de hecho, el embarazo adolescente, el aumento de las madres solteras y la progresiva ilegitimidad de los hijos. Mientras la cantidad de matrimonios descendía a 17995 desde el record de 24000 de los años 60, creció el divorcio en cifras absolutas en más de 5 veces desde el año 61.

Según este trabajo los cambios se resumen en 5 fenómenos:

- Ausencia de la figura paterna.
- Aumento de los individuos solos.
- Aumento de las madres divorciadas.
- Fuerte incremento de las familias incompletas con jefatura femenina.
- Crecimiento de la ilegitimidad de los nacimientos.

Los hogares no nucleares, donde la mujer representa el vínculo de continuidad, representan mas de un tercio del total. La ausencia del padre se constata en una tercera parte de los hogares y en 50% de los extractos bajos.

Según el INE(Instituto Nacional de Estadísticas) los cambios fueron:

En el sistema conyugal la evolución se ha caracterizado por una disminución relativa de la población soltera, un aumento de la población divorciada o separada (desde 1963 a 1999 representó un 1.5 a 6.3% en mayores de 14 años), un aumento de la población que ha formado pareja, y una transformación en la modalidad de unión.

La magnitud que asume la disolución de parejas evidencia los profundos cambios de la familia en el Uruguay, la población divorciada o separada representa el 6% del total (año 1999).

La formación de parejas en las edades más jóvenes comienza a ser mucho más frecuente desde mediados de siglo. Esto coincide con la tendencia creciente de la maternidad adolescente (año 2002).

Dentro de los hogares nucleares la mayor parte corresponde a la familia clásica de padres con sus hijos (59%), la sigue en orden de importancia el hogar donde los padres residen solos, cuestión relacionada con los extremos del ciclo vital familiar (parejas reconstruidas y nido vacío). Por último, los hogares donde uno sólo de los padres reside con sus hijos representan el 16% de los hogares. En este tipo predominan las jefaturas femeninas, sea por la disolución de la unión, o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.

Respecto a los tipos de hogares y el área geográfica: tanto en el área rural como la urbana se observa un aumento de los hogares unipersonales y extendidos, y una disminución de los nucleares y compuestos (personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar) (2).

Estos cambios o diferentes estadios que atraviesa la familia es lo que se llama Ciclo Vital Familiar (CVF) definido como:

"Secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución, durante sus etapas sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos determinados que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas, además varían las características sociales y económicas".

Modelo del Ciclo Vital Familiar

Se han propuesto diferentes modelos de CVF atendiendo a distintos criterios y utilizando distintos referentes para señalar el inicio de cada etapa, en este estudio nos basaremos en el propuesto por "Luis de La Revilla" que está basado en el modelo de la OMS.

Modelo de la OMS modificado

ETAPA	DESDE	HASTA
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II A Extensión	Nacimiento del primer hijo	1º hijo tiene 11 años
III B Extensión	1º hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
IV Fin de la extensión	Nacimiento del último hijo	1º hijo abandona el hogar
V Contracción	1º hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
VI Fin de la contracción	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VII Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge superviviente

Los trastornos en las familias se observa cuando el CVF se altera, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las funciones específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran el equilibrio familiar, situaciones que de no resolverse de forma satisfactoria desemboca en una crisis del sistema.

2-INSTITUTO NAC. DE ESTADÍSTICA. "Las variables estadísticas relevantes durante el siglo XX. La familia y el hogar". Ed. INE. Rep. O. Del Uruguay. 2002.

Algo parecido ocurre con los ajustes y reajustes a los que se somete la familia en el tránsito de una etapa del ciclo a otra. Estas transiciones requieren cambios de papeles, de tareas y de conductas a las que no todas las familias pueden adaptarse. La inadaptación, cuando se mantiene, conduce a la *crisis familiar*.

Las situaciones que con más frecuencia predisponen al estrés familiar facilitando los accidentes domiciliarios en los niños son las siguientes: familias en crecimiento: nacimientos de hijos no deseados, nuevos nacimientos que modifican la situación de las familias, comienzo de período escolar.

Los accidentes pueden estar influidos además, por ciertas situaciones en el hogar más propicias para ello como los momentos de dificultades, las peleas, las tensiones conyugales, las separaciones de distintas causas (divorcios, viajes, enfermedad, muerte) así como los cambios de domicilios, las fiestas, las vacaciones, y las visitas. (3)

Los accidentes en el hogar son más frecuentes en las familias numerosas, con bajo nivel de ingresos y alojadas en viviendas incómodas y superpobladas; relacionándolos al CVF se observa con más frecuencia en las etapas II A y II B.

Es aquí donde la familia debe prestar mayor atención en los cuidados que brinda al niño, entendiendo por niñez "el período de la vida humana que abarca de 0-10 años, en el que aún no han adquirido signos cronológicos de desarrollo puberal".(4). Los cuidados que se le brinde al niño varían de acuerdo a la edad del mismo ya que cada edad tienen características propias y demandan cuidados específicos.

Los primeros años y principalmente el primero son fundamentales para el desarrollo (físico, intelectual, afectivo, sentimental y moral) del individuo. El niño es vulnerable a los fenómenos que actúan sobre él; éstos podrán influir de manera positiva o negativa en el desarrollo de su personalidad. Las diferentes experiencias vividas por éste serán decisivas para su futuro desarrollo psicoemocional; dichas experiencias serán diferentes según la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentre.

Las características desde el punto de vista del *crecimiento* (cambios anatómicos y fisiológicos que se inician en la concepción) y *desarrollo* (adquisición de habilidades motoras, psicológicas o sensoriales) del niño determinan las condiciones favorables para los distintos acontecimientos; ciertas situaciones que para una edad son peligrosas para otras son inofensivas.

En los lactantes que en principio tienen limitada movilidad, los peligros mayores surgen de acciones como caídas de la cuna, ahogamientos causados por objetos pequeños como juguetes, trozos de alimentos o aspiración de vómitos, entre otros.

Hacia el primer año de vida el niño puede rodar, sentarse, gatear, ponerse de pie, manipular objetos, comienza a caminar y explorar el ambiente que lo rodea.

En el segundo año corre, sube y baja escaleras, no conoce el peligro. La curiosidad lo lleva a tocar todo y probarlo.

3- GENTILE RAMOS I.; *Puericultura y pediatría Social*; 2ª edición; Ed. Librería Médica; Montevideo Uruguay; 1998.

GENTILE RAMOS I.; *Atención Pediátrica. Pautas, diagnóstico, tratamiento y prevención*; 2ª Edición; Editorial Oficina del Libro A.E.M.; Montevideo Uruguay; 1991.

4- "Crecimiento y desarrollo del niño hasta los 5 años". *Boletín del CLAP, OPS, OMS*, Vol 3, N° 11, Montevideo-Uruguay, Set-Oct 1991.

Hacia el 3° año de vida logra mayor independencia y autonomía en las tareas diarias, comienza el desapego a la madre, comienza a diferenciar lo permitido de lo no permitido, imita a los adultos, actitud que puede llegar a ser peligrosa si no se controla de cerca.

A los 4 años es la edad de afirmación de sí mismo, el niño es cada vez más sociable, autónomo e independiente, tiende a salirse de los límites y probar hasta donde llega, sea en la motilidad, en el lenguaje o en las relaciones con otras personas. Su creciente actividad motriz le da confianza en sí mismo, confianza que puede extralimitarse debido a su curiosidad natural, que para él representan "hazañas", a su vez el niño va desarrollando aspectos de la conducta social, aparecen primero conductas de interacción, el reconocimiento del propio cuerpo, el proceso de socialización, de autonomía y de independencia.

Aunque el niño posea todas sus capacidades, necesita inexcusablemente de su familia para el desarrollo completo, armonioso y equilibrado de sus potencialidades. Es ella la que le dará dirección a sus actuaciones y le proporcionará los estímulos y los éxitos que condicionarán nuevos esfuerzos y progresos. Al ser la primera unidad con la que el niño tiene contacto continuo, será su primer y más importante agente socializador y el primer grupo humano con el que establezca vínculos emocionales íntimos, intensos y duraderos.

La familia debe ser motivadora y condicionadora de la vida del niño, en ella están todas las primeras fuentes de estímulos, aceptación, estima, aprobación y respuesta. La maduración y el aprendizaje de las primeras y más importantes pautas que ayudan a asumir los roles correspondientes (en lo individual y social) son de responsabilidad familiar.

Es por eso que el ambiente del niño debe ser seguro para promover su buen crecimiento y desarrollo. Como órgano protector la familia le brinda un sistema de seguridad material y afectiva para el mantenimiento de su salud.

Las características propias del niño ya mencionadas sumado a que cada medio o entorno de por sí contiene factores de riesgo capaces de desencadenar accidentes, hacen que éstos sean vulnerables.

Factores de riesgo: (5)

"Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con el aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. La importancia de los factores de riesgo radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen".

Tomando en cuenta que los niños de edad preescolar pasan más horas del día en el hogar éste se convierte en un verdadero centro de riesgo donde cada lugar, momento, instrumento y sobre todo, diferentes combinaciones entre ellos están asociadas con una mayor probabilidad de ocurrencia de accidentes los cuales pueden deberse al descuido, al uso inadecuado de ciertos elementos que generalmente son usados por el adulto pero al alcance de los menores.

Además están condicionados por falta de supervisión adecuada, desconocimiento de situaciones de riesgo por parte del niño y de la familia, ausencia en cuidados de calidad o de tiempo brindado a dichos niños así como también la ausencia física de los padres.(6)

Los factores de riesgo capaces de producir quemaduras con líquidos calientes a niños en el hogar son los siguientes:

- Dejar al niño solo en el baño.
- Cocinar en hornallas delanteras de las cocinas.
- Dejar alimentos calientes al alcance de los niños y apoyados en superficies inseguras.
- Colocar los mangos de las ollas y sartenes hacia fuera de la cocina.
- Utilizar la cocina como lugar de juego de los niños.
- Dejar artefactos de cocción de alimentos en el suelo o cerca de los niños.
- No controlar la temperatura del agua de la ducha o bañitos.
- Dejar el termo con agua caliente al alcance del niño o utilizarlo sin precaución.
- Permitir que los niños tomen mate.
- No controlar la temperatura de los alimentos antes de ofrecérselo a los niños.

Si bien hablamos de factores de riesgo capaces de producir accidentes es apropiado mencionar que entendemos cuando hablamos de accidentes:

Según El Diccionario de la Real Academia Española, se define como: "suceso eventual que altera el orden regular de las cosas, o como un suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta un daño para las personas o las cosas".

La O.M.S. lo define como "todo hecho independiente de la voluntad del hombre, causado por una fuerza externa de acción rápida, que se expresa por una lesión del cuerpo o la mente".

Lo concreto es que se producen como consecuencia de un desequilibrio entre las capacidades biológicas del hombre y las exigencias del medio donde éste se mueve y no constituyen acontecimientos fortuitos sino eventos con determinantes precisos, identificables y en consecuencia prevenibles y sujetos a análisis epidemiológicos. (7)

Según la "Dra. Gentile Ramos" más del 90% de los accidentes son evitables y el 80% de los que ocurren en niños se pueden atribuir a la omisión de algún adulto.

Donde quiera que haya niños, hay seres en situación de riesgo, vulnerables a padecer accidentes, lo son por el solo hecho de ser niños y por tanto ingenuos, curiosos, inquietos y temerarios, ávidos de explorar el mundo por su cuenta, con dificultades para controlar su actividad motora y con una nula o muy escasa noción del peligro.

Teniendo en cuenta que los niños a esta edad se accidentan mayoritariamente dentro del hogar es pertinente definir accidente doméstico, que según la O.P.S. (1994) "Son todos aquellos que ocurren en el hogar o en sus alrededores próximos".

6- POZO Y MARTÍNEZ DEL CAMPO P; "Enfermeras de Atención Primaria" Murcia 4º jornada de enfermería. Junio de 2002.

7- DR. VÁSQUEZ R; "Medicina Preventiva Y Social". 3º Ed. Oficina Del Libro Femur. Mdeo. Uruguay 2001. Cap. 16.

Los accidentes domésticos más frecuentes son:

- ▶ Caídas.
- ▶ Intoxicaciones.
- ▶ Asfixia.
- ▶ Material corto punzantes.
- ▶ Armas de fuego.
- ▶ Mordeduras de animales.
- ▶ Quemaduras.

QUEMADURAS: (8)

"Cualquier lesión de los tejidos corporales causada por calor, electricidad, sustancias químicas, radiación o gases en los que la extensión de la lesión está determinada por el grado de exposición de la célula al agente causante y por la naturaleza de éste".

Con respecto a la clasificación podemos decir que hay dos formas de clasificar las quemaduras:

- A) Según la extensión o profundidad de la lesión.
- B) Según su etiología.

Es de nuestro interés profundizar en esta última clasificación ya que nuestro objetivo es la prevención.

Clasificación según la etiología:

- Luz solar: exposición prolongada a los rayos solares, en ocasiones aún con protectores solares.
- Vapores y gases: producto de la combustión de distintos elementos, la exposición aguda puede producir quemaduras en las superficies expuestas. Los gases pueden a veces tener temperaturas muy elevadas, se mueven velozmente por los que dan lesiones extensas pero de poca profundidad.
- Fuego directo: el fuego es una mezcla de gases incandescentes y vapores de la combustión junto con partículas pequeñas en suspensión, es el contacto directo con el fuego y puede llegar a producir quemaduras de tercer grado. Sustancias químicas: son aquellas causadas por sustancias cáusticas, ácidas o alcalinas.
- Sólidos calientes: estos pueden alcanzar muy grandes temperaturas y está relacionado directamente con dicho contacto, lo que produce lesiones con un área bien delimitada con similar profundidad en todos sus sectores.
- Electricidad: son causadas por choques eléctricos, la corriente eléctrica de uso domiciliario o industrial puede producir lesiones internas además de las quemaduras superficiales, ya que al tener contacto con el cuerpo viaja a través del generando lesiones de entrada y salida. Debido a que el corazón funciona con pequeños estímulos directos, aún pequeñas cantidades de electricidad durante un período suficiente, puede modificar el latido cardíaco y causar un paro cardiorrespiratorio.

- **Flash eléctrico:** se producen temperaturas muy altas de muy corta duración. La lesión es bastante superficial y afecta a las superficies corporales expuestas (manos, cara, etc.)
- **Líquido:** los líquidos a temperatura elevada se distribuyen rápidamente por toda la superficie, ocupa los pequeños espacios y se puede filtrar por las vías respiratorias. Más aún los líquidos grasosos pueden tener una mayor adherencia que los líquidos claros. Los líquidos fluyen rápidamente y se extienden sobre la superficie, usualmente la quemadura es menos circunscripta y de profundidad despareja. Un líquido corre y cae a causa de la fuerza de gravedad, deja zonas de destrucción máxima y mínima, generalmente concéntricas aunque pueden también estar entremezcladas, porque a veces se acumula por más tiempo donde es retenido por las ropas o pliegues de la piel.

En la franja de edad preescolar, las quemaduras están generalmente ocasionadas por líquidos calientes, sólidos calientes y por químicos (cáusticos), las quemaduras por fuego directo se ven sobre todo en niños mayores al jugar con fuego.

En el medio que nos rodea son muy frecuentes las quemaduras ocasionadas por agua caliente por la costumbre de tomar mate, por ejemplo ocurre cuando los mayores cargan con el termo muchas veces bajo el brazo y se agachan bruscamente.

Los niños que ya se desplazan pueden verse en situación de riesgo, al tirar del mantel arrojándose sobre sí lo que esté sobre la mesa, el acceso a ollas o calderas con agua hirviendo, que muchas veces en medios de escasos ingresos se aprovecha el calor generado por estufas a leña o queroseno para cocinar o calentar agua quedando al alcance de los niños (9).

Con respecto a las quemaduras por líquidos calientes, según "Gentile Ramos" la cocina es el lugar más peligroso de la casa, especialmente cuando se está cocinando. Cuando los niños se queman en otros lugares y/o circunstancias, lo común es que los padres no estén en la casa o estén muy ocupados. Las quemaduras son más frecuentes donde hay más niños. Cuando el nivel socioeconómico es más bajo, cuando hay mayor hacinamiento y en las situaciones de discordia matrimonial.

Los niños que sufren este tipo de accidentes pueden llegar a padecer consecuencias tales como lesiones físicas que pueden ser irreversibles, alteraciones psicológicas y sociales que pueden alterar tanto el medio familiar como el relacionamiento con sus pares.

Los accidentes por quemaduras provocados por líquidos calientes son sucesos que se pueden prevenir, según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) prevención es: "Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo".

Prevención:

"La prevención consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedad, y así en presencia de estas evitar sus consecuencias o secuelas, así como la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio". Cuando hablamos de Prevención nos referimos a las acciones que realizamos para prevenir algo (10).

Según la OMS la prevención se divide en tres niveles :

Prevención primaria: "son todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de nuevos casos". Las actividades que se realizan son de prevención y promoción de salud.

Prevención secundaria: "son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de la enfermedad".

Prevención terciaria: "son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población. Reduciendo al mínimo las secuelas funcionales consecutivas a la enfermedad".

Cuando hablamos de prevenir accidentes por quemaduras con líquidos calientes estamos realizando acciones de prevención primaria, que son fundamentales en el quehacer de la enfermera comunitaria.

Para realizar una adecuada prevención es necesario llevar a cabo un conjunto de medidas destinadas a promover acciones que favorezcan la salud de los individuos, aportándoles información acerca de los factores de riesgo de manera tal que estos sean capaces de reconocerlos y evitar la exposición a los mismos. Una de las herramientas más eficaces con las que cuenta la enfermera comunitaria son las instancias educativas individuales y grupales, las cuales se deben realizar en todas las etapas de la vida desde edades tempranas y continuar desarrollándolas de manera ininterrumpida y progresiva.

Algunas medidas preventivas que la enfermera en conjunto con el equipo de salud deben promover para evitar la ocurrencia de accidentes domésticos por quemaduras con líquidos calientes son:

- No dejar a los niños solos en el hogar, menos aún cuando hay objetos térmicos encendidos.
- La cocina no debe ser utilizada como lugar de juego para los niños.
- Los mangos de ollas, sartenes, etc. deben estar hacia atrás y si es posible, cocinar con las hornallas posteriores.
- Mantener los recipientes con líquidos calientes fuera del alcance de los niños
- Controlar la temperatura del agua del baño.
- Coloque todos los alimentos calientes al centro de la mesa a la hora de comer.
- No pasar los alimentos calientes por encima de los niños.
- Controlar la temperatura de los alimentos antes de ofrecérselos a los niños.

- Tener como prioridad enseñarle a sus hijos a los peligros que están expuestos para que también ellos puedan evitar las situaciones de riesgo.
- No permitir que los niños tomen mate.
- No agacharse sobre el niño mientras carga el termo.
- No dejar solos a los niños en el baño.
- Controlar la temperatura de la bolsa de agua caliente.
- Verificar que la bolsa de agua caliente se encuentre bien cerrada.

"Martín Zurro" (11) confirma que la educación es la medida que más contribuye a crear conductas saludables capaces de interaccionar positivamente con el medio siendo de suma importancia en las edades preescolares en las cuales se forman los comportamientos y hábitos. Son básicas las acciones educativas con la familia en su conjunto así como también con la comunidad; no tratando de inhibir al niño y sus necesidades psicomotoras de exploración del medio, sino de ayudarlo a conocer dicho medio y que aprenda a evaluar y evitar las situaciones de riesgo.

Brindar educación a los adultos responsables del cuidado de los niños es la base primordial en la prevención de los accidentes. Muchos padres y cuidadores exponen a los niños por falta de información sobre los factores de riesgos que puedan desencadenar accidentes por quemaduras con líquidos calientes, y de las posibles consecuencias que éstos podrían causar al bienestar físico y psicológico no solo del niño sino también de su familia; ya que el estado de salud de un miembro de la familia puede influir en la salud del resto de los miembros, y también sobre la salud de la familia como unidad.

Es por eso que creemos fundamental y de suma importancia que la enfermera profesional trabaje con el núcleo familiar, inserta en la comunidad, trabajando con énfasis en la promoción de salud de los niños, realizando actividades programadas en el marco de la implementación de medidas de prevención de accidentes en el domicilio.

La información que se brinda debe ser expresada de manera clara y concisa, de forma tal que todos los integrantes de la familia puedan comprenderla e implementarla en su diario vivir. La experiencia en otros medios ha demostrado un espectacular descenso de los accidentes luego de una correcta información al público.

Para el desarrollo del presente trabajo las definiciones de "información" en la que nos basaremos son:

Según La Real Academia Española la información es: "La comunicación o adquisición de conocimiento que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada".

Según "Errandonea" (1971) es: "La comunicación de tipo cognitivo, que transmite el contenido que da cierto conocimiento ya sea de datos o de elementos generales, ya sea de acontecimientos nuevos que están ocurriendo simultáneamente o de cosas pasadas" (12).

11-ZURRO M., CANO PEREZ; "Atención Primaria. Concepto, organización y prácticas clínicas"; 3ª Edición; Ed. Mosby-Doyma; Barcelona-España;1994.

12- ERRANDONEA A. "Información y comunicación social". 3ª Edición. Universidad de la Rep. Dpto. de publicaciones. Montevideo. 1992

Tomando en cuenta las anteriores definiciones destacamos la comunicación como pilar para poder transmitir información. Comunicarse es emitir un mensaje destinado a otro u otros, con la finalidad de obtener una respuesta o una reacción del destinatari, proporcionar información, expresar sentimientos, emociones y opiniones. El mensaje como contenido de la comunicación puede cumplir todas estas funciones a la vez pero una de ellas es la principal: **informar.**(13)

Por medio de la comunicación los hombres se informan, y la información no tiene ningún valor mientras no sea utilizada. La enfermera debe cerciorarse de que la información brindada a la familia sea aplicada por ésta, para que realmente llegue a ser efectiva. Dicha información debe estar dirigida a todos los integrantes de la familia con la finalidad de aportar conocimientos que ayuden a mantener y mejorar la salud, fortalecer los conocimientos positivos, disipar mitos, aclarar conceptos erróneos; de esta manera los individuos serán capaces de tomar decisiones correctas en el momento oportuno enfocado a la prevención de los accidentes domiciliarios.

Para lograr que la información aportada llegue a la mayor cantidad de familias es necesario que el equipo de salud utilice de manera adecuada todas las formas de comunicación.

Las formas de comunicación se clasifican en verbales y no verbales. La comunicación verbal consiste en las palabras habladas o escritas. Para transmitir mensajes claros es necesario la utilización de técnicas eficaces de comunicación verbal. La comunicación no verbal es el intercambio de un mensaje sin utilizar palabras. Dentro de la comunicación no verbal encontramos los gestos, el aspecto general de los individuos, la postura corporal, etc. La comunicación verbal y no verbal están estrechamente relacionadas durante la interacción interpersonal.

El profesional de enfermería y el equipo de salud deben asegurarse que los mensajes verbales y no verbales coincidan para una mejor transmisión de la información y para lograr una mejor interacción con las familias.(14)

La información puede ser transmitida por medio de diferentes métodos; ya sea visual, auditivo, táctil; cuanto mayor cantidad de métodos se utilicen mejor será comprendida la información., asimismo estos métodos se pueden complementar para lograr que el contenido de la información llegue de manera más clara a los destinatarios.

En lo que respecta a nuestro trabajo se tomará en cuenta las fuentes a través de la cual el responsable del cuidado del niño recibe la información, para lo cual utilizaremos la siguiente clasificación:

- *Integrantes del equipo de salud:* los cuales abarca los diferentes profesionales ya sean médicos, licenciados en enfermería, otros. Así como también los estudiantes de éstas.

13-GARIBALDI L; SALVO M. "Lenguaje y comunicación". Ediciones Rosgal. Montevideo 2000.

14- POTTER PERRY; "Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica" 3ª Edición. Editorial Mosby/ doyma. Madrid España. 1998.

- **Medios masivos de comunicación:** Se transmiten mediante los códigos sonoros o visuales, son emitidos a través de medios técnicos no necesariamente por una sola persona. No se dirigen a un destinatario definido o individualizado, sino a muchas personas desconocidas que tienen espacios de participación muy reducidos a los que se denomina "masa".

Estos son:

Prensa escrita (diarios, semanarios, revistas, etc.).

Radio.

Televisión.

Cine.

Internet.

Cada vez más se amplían las fuentes por donde las personas reciben información, aunque estas varían según el contexto sociocultural en el que se encuentren inmersos. Se ve con más frecuencia que los individuos se interesan cada vez más por su estado de salud y el de su familia, demandando información precisa sobre temas que le generen interés. Esta motivación debe ser estimulada por la enfermera profesional, para lograr que los individuos tomen conciencia de la importancia del fomento y del mantenimiento de la salud, y de esta forma obtener una mejor calidad de vida individual y familiar, pudiendo impactar positivamente y de manera indirecta en la salud de la comunidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

- Descriptivo, dado que en nuestra investigación presentamos un panorama del estado de una o más variables de nuestro estudio, en determinado momento.
- Transversal, porque recolectamos datos en un sólo momento y en un tiempo único.

Luego de haber presentado el protocolo y el mismo fuese aceptado, se elevó una carta de solicitud dirigida a la Directora del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" para poder acceder a realizar la investigación propuesta, así como también la posterior mención en el trabajo final.

Área de estudio:

El área de estudio se encuentra en la ciudad de Montevideo, en el Centro de Salud ubicado en Juan Agazzi 2735 perteneciente al Ministerio de Salud Pública brindando asistencia en el primer nivel de atención. La zona de influencia abarca los barrios Carrasco Sur, Carrasco Norte, La Cruz de Carrasco, parte de Punta Gorda, parte de Malvín Norte, Las Canteras y Barrio Ideal. La población total de la zona es de 53.920 habitantes, según datos estadísticos de la I.M.M del año 2004.

En primer lugar nos encontramos con una zona geográfica visiblemente dividida en dos; por un lado la Avenida Camino Carrasco al norte y Camino Carrasco al sur. Cada subzona presenta una característica: al norte la presencia mayoritariamente de bañados y quintas, por lo tanto despoblada en relación con la subzona de Camino Carrasco al sur, densamente poblada.

Este número elevado de habitantes se refleja en las distintas concentraciones poblacionales que las representan los complejos habitacionales y cuya multiplicación se verifica y se extiende hacia los sistemas de viviendas cooperativas.

Esta concentración unifica a INVE 16, Euskal Erría 70, 71 y 92, Malvín Alto, VICMAN y la gran variedad de cooperativas que, en espacio reducido aumenta la población de la zona, verificándose una extensión de la población hacia lo alto.

También tenemos, como contrastes de las zonas, una concentración de 2.735 habitantes en asentamientos irregulares distribuyéndose a lo largo y en la cercanía de arroyos, cañadas y usina 5. El número de viviendas es de 715, siendo la calidad de estas, notoriamente deterioradas en su mayoría, se construyen de material de desecho: cartón, madera y chapa.

En cuanto a las categorías ocupacionales, destacamos que la diversidad ronda entre trabajadores de la construcción, empleadas domésticas, peluqueras, jardineros, changas varias, recolectores y clasificadores, trabajadores de ferias.

Previo a la puesta en práctica del trabajo, se realizó una prueba piloto en un día, por medio de la cual se observó que el instrumento era adecuado tanto para su llenado como para su comprensión, por lo tanto se decidió no producirle ninguna modificación.

Ya introducidos en la investigación propiamente dicha, se llevaron a cabo las entrevistas a los responsables del cuidado de los niños al momento de la consulta pediátrica, las mismas se llevaron a cabo en la sala de espera de dichos consultorios en diez días hábiles en el período comprendido entre el 25 de julio y el 7 de agosto del presente año. Tomando como **población** a todos los familiares responsables del cuidado de los niños entre 1 a 4 años que acompañaron a éste a ser asistidos en el servicio de pediatría del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el horario de 12 a 18 horas en el período anteriormente especificado; y que acepten responder a la misma.

Se tomó como familiar responsable a todas aquellas personas que viven bajo el mismo techo que el niño y que se encuentren a cargo del cuidado de éste como mínimo 4 horas diarias 3 veces a la semana. En caso de que al momento de la entrevista se encontraran más de un integrante de la familia responsable del cuidado del niño, se le realizó la entrevista a aquel que se encontraba más horas al cuidado del mismo.

Se utilizaron las siguientes **variables de estudio**: responsable del cuidado del niño, nivel de instrucción, horas de permanencia de éste con el niño, información y fuentes de información de dicho responsable, edad del niño, composición familiar, horas de ausencia de los padres en el hogar.

Para la **tabulación de los datos** se crearon tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual; para analizar las variables "edad del niño", "edad del responsable del cuidado del niño" y "horas de permanencia del responsable del cuidado del niño" se utilizaron: la medida de tendencia central "media" y como medida de dispersión el "desvío estándar".

Posteriormente, se realizó el cruce de variables correspondientes a: la variable "información" con "nivel de instrucción"; la variable "información" con el hecho de haber recibido algún tipo de información sobre accidentes domésticos específicamente quemaduras por líquidos calientes en niños. Para confirmar la asociación de dichas variables se aplicó el cálculo de "Chi cuadrado".

Luego de obtener los resultados se realizó el análisis de los datos contrastándolos con el marco teórico. A partir de esto se pudo llegar a las conclusiones y propuestas sugeridas.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS
Edad del niño	Periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo hasta el momento actual.	Años cumplidos	Años.
Responsables del cuidado del niño	Integrante de la familia encargado de vigilar al niño como mínimo 4 horas diarias 3 veces a la semana y que se encuentre al momento de la entrevista.		Madre Padre Hermano/a Otros
Horas de permanencia del responsable del cuidado del niño	Tiempo que se encuentra el responsable del cuidado del niño para la vigilancia de éste		Días. Horas
Edad del responsable del cuidado del niño	Periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo hasta el momento actual.	Años cumplidos	Años
Nivel de instrucción del responsable del cuidado del niño.	Último año de educación aprobado.		Ninguno Primaria Secundaria Estudios terciarios otros
Composición familiar	Grupo de personas unidas por lazos consanguíneos o no que viven bajo el mismo techo.	<ul style="list-style-type: none"> - Familia nuclear: aquellas formadas por dos individuos que ejercen el papel de padres y sus hijos así como cuando existan parientes próximos o personas sin vínculos consanguíneos. - Familia extensa: formadas por más de dos generaciones. - Familia monoparental: constituida por un solo cónyuge y sus hijos. - Otros tipos de familias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Familia nuclear. - Familia extensa. - Familia monoparental. - Otros.
Hora de ausencia de ambos padres en el hogar	Tiempo que permanecen ambos padres fuera del hogar simultáneamente.		Horas
Información	Conocimiento que posee la familia para prevenir accidentes por quemaduras por líquidos calientes.	<ul style="list-style-type: none"> - No posee los conocimientos suficientes para evitar accidentes por quemaduras por líquidos calientes. - Posee escasos conocimientos - Pose los conocimientos suficientes 	<ul style="list-style-type: none"> 1.No se encuentra informado. 0 a 22 puntos 2. Medianamente informado. 23 a 44 puntos. 3. Se encuentra informado. Mayor a 44 puntos.

Fuentes de información	Medios por el cual recibe la información	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de salud: Médicos, Lic en enfermería, auxiliar de enfermería, técnicos. Estudiantes de medicina o de Licenciatura en enfermería. - Medios de información masivos: Radio, televisión, diarios , revistas, folleto, internet. 	<p>Equipo de salud. Medios masivos de información. Otros.</p>
------------------------	--	---	---

ESTUDIO DE LA VARIABLE **RESULTADOS**
 HORAS SEMANALES DE PERMANENCIA DEL RESPONSABLE DEL
 CUIDADO DEL NIÑO

➤ **TABLA N°1**

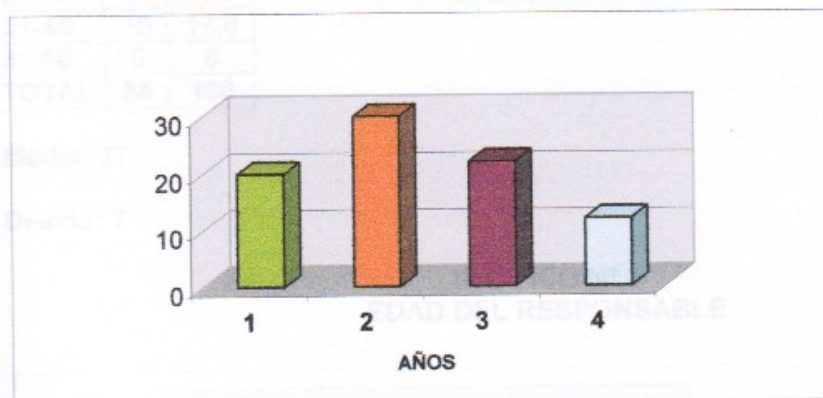
Edad de los niños que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud de "La Cruz de Carrasco" en los periodos comprendidos entre el 25 de julio al 7 de agosto de 2006.

AÑOS	FA	FR%
1	20	23,8
2	30	35,7
3	22	26,2
4	12	14,3
TOTAL	84	100

Media: 2
 Desvío: 1

* FUENTE: PROPIA

GRAFICO N° 1
EDAD DEL NIÑO



➤ **TABLA N° 2**
RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO

FAMILIAR	FA	FR%
Madre	78	92,8
Padre	1	1,2
Hermano	1	1,2
Otros	4	4,8
Total	84	100

* FUENTE: PROPIA

➤ ESTUDIO DE LA VARIABLE:
HORAS SEMANALES DE PERMANENCIA DEL RESPONSABLE DEL
CUIDADO DEL NIÑO

MÍNIMO: 12

MÁXIMO: 168

MEDIA: 149

DESVÍO: 40

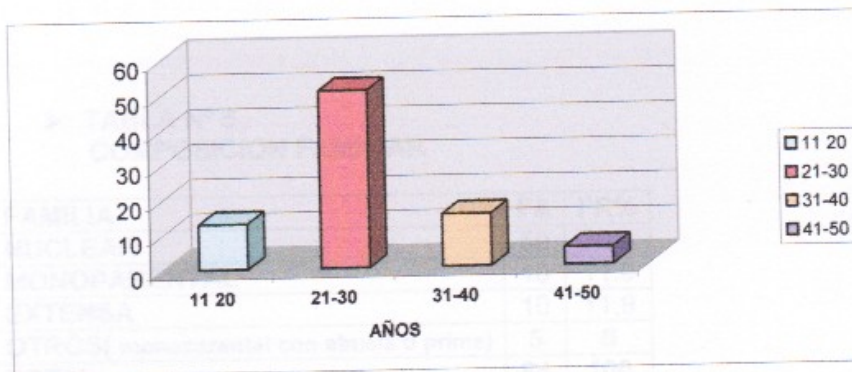
➤ TABLA N° 3:
EDAD DEL RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO AL MOMENTO DE LA
ENTREVISTA

AÑOS	FA	FR%
11-20	13	15,5
21-30	51	60,7
31-40	15	17,8
41-50	5	6
TOTAL	84	100

Media: 27

Desvío: 7

GRAFICO N° 3
EDAD DEL RESPONSABLE

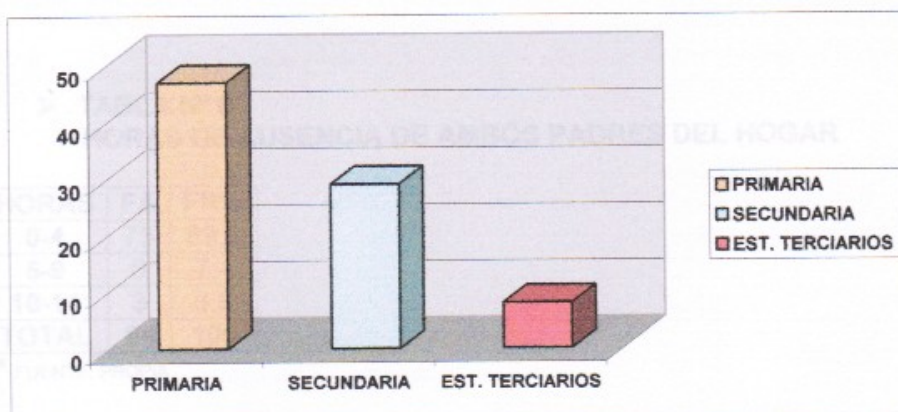


➤ **TABLA Nº 4**
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
PRIMARIA	47	56
SECUNDARIA	29	34,5
EST. TERCARIOS	8	9,5
TOTAL	84	100

* FUENTE: PROPIA

GRAFICO Nº 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN



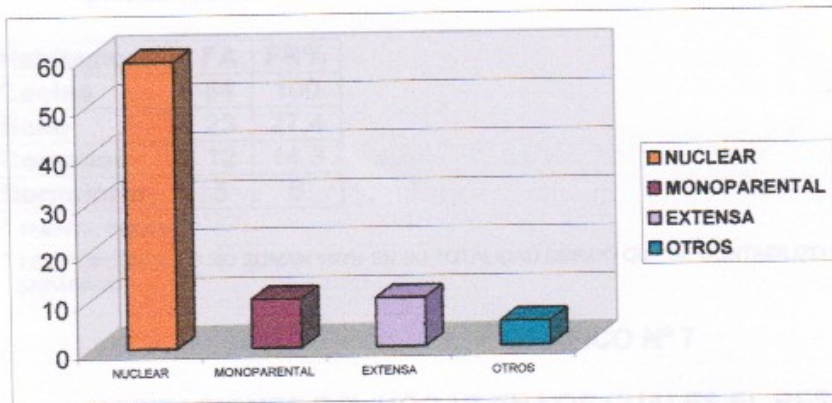
➤ **TABLA Nº 5**
COMPOSICION FAMILIAR

FAMILIA	FA	FR%
NUCLEAR	59	70,2
MONOPARENTAL	10	11,9
EXTENSA	10	11,9
OTROS(monoparental con abuela o prima)	5	6
TOTAL	84	100

* FUENTE: PROPIA

➤ TABLA Nº 7
 HABITACIONES DEL HOGAR EN LAS CUALES EL RESPONSABLE
 CONSIDERA QUE EXISTE RIESGO DE QUEMADURAS POR LÍQUIDOS
 CALIENTES

GRAFICO Nº 5
 COMPOSICION FAMILIAR

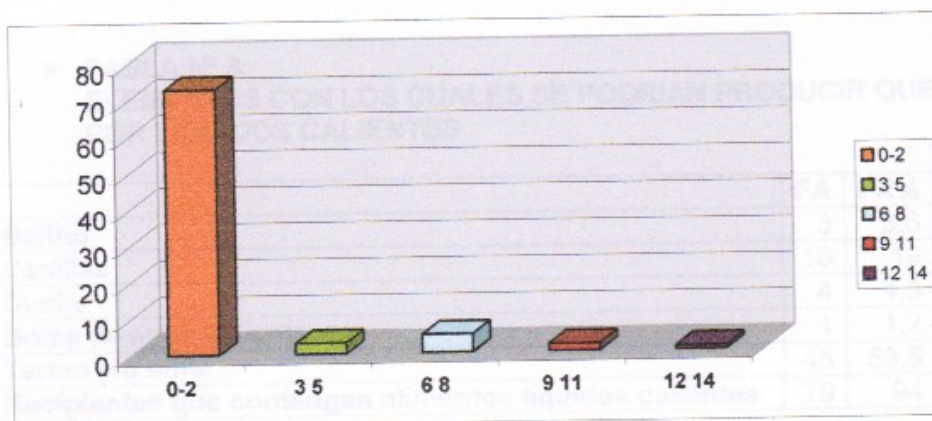


➤ TABLA Nº 6
 HORAS DE AUSENCIA DE AMBOS PADRES DEL HOGAR

HORAS	FA	FR%
0-4	75	89,3
5-9	6	7,1
10-14	3	3,6
TOTAL	84	100

* FUENTE: PROPIA

GRAFICO Nº 6
 HORAS DE AUSENCIA DE AMBOS PADRES DEL HOGAR



➤ **TABLA N° 7**
HABITACIONES DEL HOGAR EN LOS CUALES EL RESPONSABLE
CONSIDERA QUE EXISTE RIESGO DE QUEMADURAS POR LÍQUIDOS
CALIENTES.

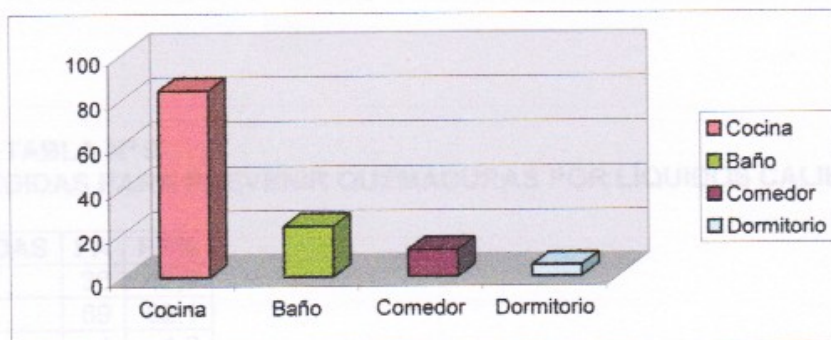
Habitaciones	FA	FR%
Cocina	84	100
Baño	23	27,4
Comedor	12	14,3
Dormitorio	5	6

* FUENTE: PROPIA

* LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100% EN SU TOTALIDAD DEBIDO QUE SE CONTABILIZO CADA OPCIÓN POR SEPARADO

GRAFICO N° 7

HABITACIONES DEL HOGAR EN LOS CUALES EL RESPONSABLE
CONSIDERA QUE EXISTE RIESGO DE QUEMADURAS POR LÍQUIDOS
CALIENTES.



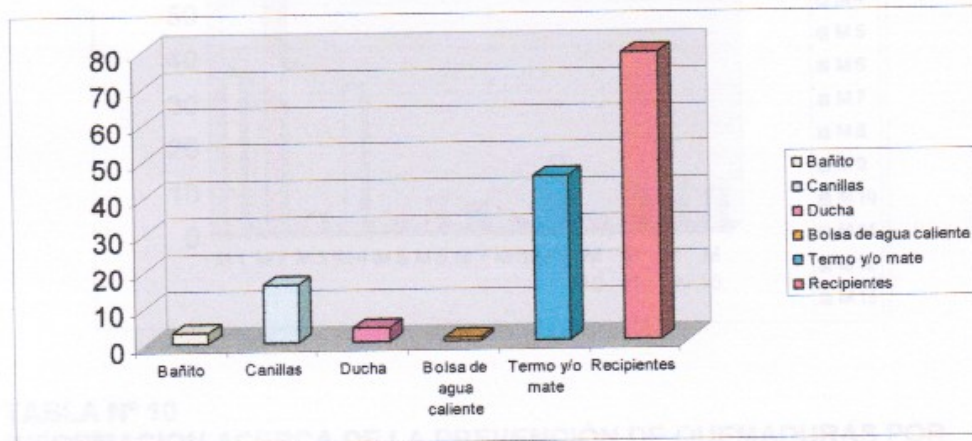
➤ **TABLA N° 8**
ELEMENTOS CON LOS CUALES SE PODRIAN PRODUCIR QUEMADURAS
POR LÍQUIDOS CALIENTES

	FA	FR%
Bañito	3	3,6
Canillas	16	19
Ducha	4	4,8
Bolsa de agua caliente	1	1,2
Termo y/o mate	45	53,6
Recipientes que contengan alimentos líquidos calientes	79	94

* FUENTE: PROPIA

* LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100% EN SU TOTALIDAD DEBIDO QUE SE CONTABILIZO CADA OPCIÓN POR SEPARADO

GRAPICO N° 8
 MEDIDAS PARA PREVENIR QUEMADURAS
GRAFICO N° 8
ELEMENTOS CON LOS CUALES SE PODRIAN PRODUCIR QUEMADURAS
POR LÍQUIDOS CALIENTES



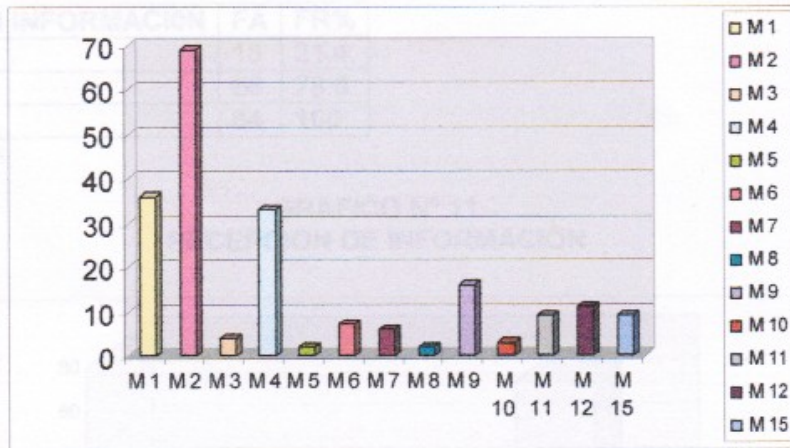
➤ **TABLA N° 9**
MEDIDAS PARA PREVENIR QUEMADURAS POR LÍQUIDOS CALIENTES

MEDIDAS	FA	FR%
1	36	42,9
2	69	82,1
3	4	4,8
4	33	39,3
5	2	2,4
6	7	8,3
7	6	7,1
8	2	2,4
9	16	19,1
10	3	3,6
11	9	10,7
12	11	13,1
15	9	10,7

* FUENTE: PROPIA

* LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100% EN SU TOTALIDAD DEBIDO QUE SE CONTABILIZO CADA OPCIÓN POR SEPARADO

GRAFICO Nº 9
MEDIDAS PARA PREVENIR QUEMADURAS

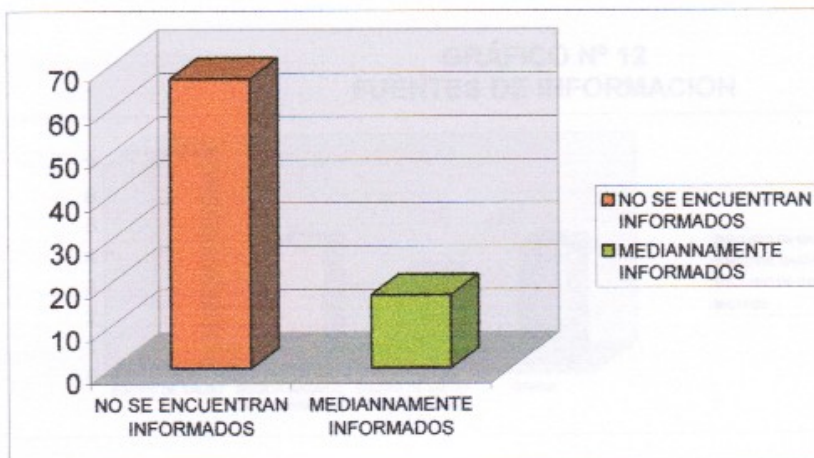


➤ **TABLA Nº 10**
INFORMACION ACERCA DE LA PREVENCION DE QUEMADURAS POR
LÍQUIDOS CALIENTES

INFORMACION	FA	FR%
NO SE ENCUENTRAN INFORMADOS	67	79,8
MEDIANNAMENTE INFORMADOS	17	20,2
TOTAL	84	100

* FUENTE: PROPIA

GRAFICO Nº 10
INFORMACION



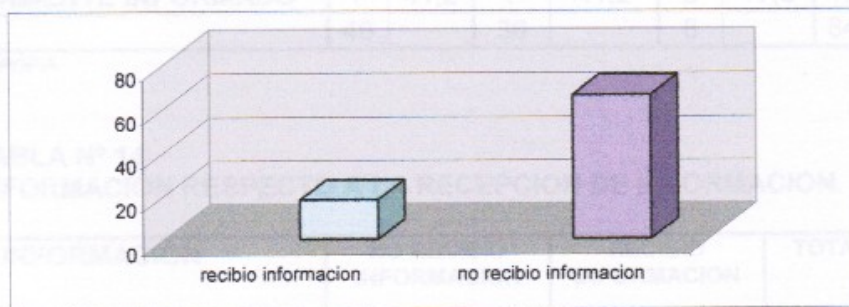
Facultad de Enferm
BIBLIOTECA
Hospital de Clínico
Av. Italia s/n 3er. Pi
Montevideo - Uruguay

➤ **TABLA N° 11**
RECIBIERON INFORMACION

RECIBIERON INFORMACION	FA	FR%
SI	18	21.4
NO	66	78.6
TOTAL	84	100

FUENTE: PROPIA

GRAFICO N° 11
RECEPCION DE INFORMACION

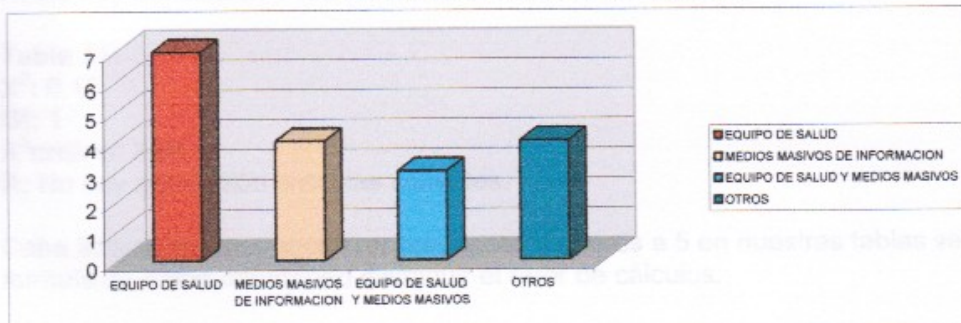


➤ **TABLA N° 12**
FUENTES DE INFORMACION

FUENTES	FA	FR%
EQUIPO DE SALUD	7	38.9
MEDIOS MASIVOS DE INFORMACION	4	22.2
EQUIPO DE SALUD Y MEDIOS MASIVOS	3	16.7
OTROS(Escuela y Asociación Civil)	4	22.2
TOTAL	18	100

* FUENTE: PROPIA

GRÁFICO N° 12
FUENTES DE INFORMACION



➤ **TABLA Nº 13**
INFORMACIÓN RESPECTO AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN	PRIMARIO		SECUNDARIA		TERCIARIA		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
NO INFORMADO	39	58,2	23	34,3	5	7,5	67	100
MEDIANAMENTE INFORMADO	7	41,2	7	41,2	3	17,6	17	100
	46		30		8		84	

* FUENTE: PROPIA

➤ **TABLA Nº 14**
INFORMACIÓN RESPECTO A LA RECEPCION DE INFORMACION.

INFORMACIÓN	NO RECIBIO INFORMACION		RECIBIO INFORMACION		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SIN CONOCIMIENTO	53	79,1	14	20,9	67	100
ESCASO CONOCIMIENTO	13	76,5	4	23,5	17	100
	66		18		84	

* FUENTE: PROPIA

* Debemos destacar el hecho que se cambió la forma de denominar la variable Información, pasando a ser la categoría "No Informado" a "Sin Conocimiento", la categoría "Medianamente Informado" a "Escarso Conocimiento" la razón del cambio fue para facilitar la lectura e interpretación de la presente tabla de asociación de variables.

Estudio de asociación de variables:

Tabla 10:

X^2 : 2,08

G: 2

X^2 crítico: 5,99

R: No hay asociación entre las variables.

Tabla 11:

X^2 : 0,11

G: 1

X^2 crítico: 3,84

R: No hay asociación entre las variables.

Cabe aclarar que por encontrar resultados menores a 5 en nuestras tablas se utilizó la fórmula de Yates intentando disminuir el error de cálculos.

ANALISIS

En el presente estudio se realizaron 84 entrevistas a familiares de los niños de 1 a 4 años que concurrieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el período del 25 de julio al 7 de agosto de 2006, los cuales en su totalidad accedieron responder el formulario.

Luego de haber recabado los datos observamos que un 92,8% (78/84) de los encuestados fueron madres que se encontraban como responsables del cuidado del niño al momento de la consulta pediátrica, como ya fue mencionado, se consideró para el presente estudio como responsable del cuidado del niño al familiar que se encuentra más de 12 horas semanales a cargo de éste.

En cuanto a la edad de los encuestado la media se situó en 27 años, con un desvío estándar de 7. Cabe destacar que se encontró un 15,5% (13/84) de madres adolescentes lo que no se relaciona con lo expuesto en el marco conceptual que afirma un creciente aumento de la maternidad adolescente.

Para el análisis de la variable horas de permanencia del responsable al cuidado del niño se determinaron las horas semanales con un mínimo de 12 y un máximo de 168, hallándose una media de 149, con un desvío estándar de 40 horas; dicha media se encuentra desviada hacia el máximo de horas pues, el 76,2% (64/84) de los encuestados permanecen todo el día al cuidado del niño (168 horas semanales), lo que nos hace presumir, son amas de casa y no tienen necesidad de dejar el niño al cuidado de otra persona o sólo. Este hecho no se correlaciona con la marcada tendencia mundial de que la mujer realiza más actividades fuera del hogar e ingresa cada vez más al mercado laboral.

En cuanto a la ausencia en simultáneo de ambos padres en el hogar sólo se ausentan de 0 - 4 horas un 89,3% (75/84), reafirmando que en su mayoría se encuentra uno de ellos a cargo del niño, lo que contribuye a disminuir el riesgo de accidentes domésticos por su ausencia. A pesar de esto, no se puede asegurar que el cuidado que se les brinde sea de calidad y con una supervisión responsable en cuanto a la prevención de accidentes. En cuanto a ésta, influyen otros factores como ser la edad del niño, en este estudio encontramos una media de 2 años, etapa en la que los accidentes son mas frecuentes ya que exploran el ambiente que lo rodea sin conocer el peligro del mismo.

Dado que la familia es el primer grupo humano y el más importante agente socializador creemos de suma importancia destacar el marcado predominio de las familias nucleares con un 70,2% (59/84) esto nos mostraría que el niño contaría con la presencia de ambos padres lo que propicia vínculos duraderos, intensos y armonioso, favoreciendo el desarrollo de todos sus integrantes. Por otra parte encontramos un 11,9% (10/84) de familia monoparentales concordando con los datos demográficos de nuestro país.

En la variable nivel de instrucción toda nuestra población asistió a la educación formal lo que traducimos en que poseen las herramientas fundamentales para acceder a las diferentes fuentes de información. A medida que aumenta el nivel de instrucción

disminuye la cantidad de individuos en cada categoría, es por esto que encontramos en el nivel primario un 56% (47/84) seguido de un 34,5% (29/84) en el nivel secundario siendo poco relevante el porcentaje de nivel terciario (9,5%, 8/84).

Enfocándonos en la variable información, según nuestra clasificación destacamos una amplia mayoría de encuestados no informados acerca de la prevención de quemadura por líquidos calientes 79,8% (67/84). Se podría suponer que esta cifra se debe a que no se le brinda la importancia necesaria al tema referido al momento de planificar las políticas sanitarias, sin tomar en cuenta que es una de las causas más importantes de procesos mórbidos en niños de nuestro país. Nos sorprendió el hecho de no encontrar ningún encuestado que cumpliera con la puntuación necesaria para situarse en la categoría informado, hallándose un 20,2% (17/84) medianamente informados. Estos resultados pudieron estar vinculados al hecho de que la puntuación propuesta por nosotras fuera demasiado exigente en cuanto a la cantidad de respuestas necesarias para poder alcanzar la categoría de informado. El hecho de no haber contado con un espacio físico apropiado que brinde comodidad y privacidad al encuestado también pudo haber influido en estos resultados.

Para poder asignarle el puntaje a la variable información se realizaron tres preguntas; la primera se refirió a las habitaciones del hogar en las que el responsable consideró de riesgo para que se produjeran quemaduras. La cocina fue reconocida en un 100 % (84/84), confirmando así lo expuesto en el marco teórico de que esta habitación es el lugar donde los niños se queman más. En segundo lugar respondieron el "baño" con un 27,4 % (23/84), luego se menciona el comedor con un 14,3 % (12/84) y por último el dormitorio con un 6 % (5/84).

La segunda pregunta en la cual se consultó acerca de los elementos con los cuales se podrían causar estos accidentes, mostró que en su mayoría identificaron como elementos de riesgo a los recipientes que contengan alimentos líquidos calientes: 94 % (79/84), esto acompaña lo ya referido en el marco teórico respecto a que el niño se quema por el acceso a ollas, caldera o vajilla; como era de suponer el segundo elemento fue el termo con un 53,6 % (45/84) lo que refleja la costumbre de tomar mate en nuestro país.

En la tercera y última pregunta referida a las medidas preventiva se observó un marcado conocimiento sobre "no utilizar la cocina como lugar de juego para el niño" 82,1 % (69/84). En segundo lugar se mencionó el hecho de "no dejar al niño solo en el hogar" 42,9 % (36/84) confirmando la importancia de la presencia de los padres en el mismo brindando una supervisión responsable. Luego encontramos un 39,3 % (33/84) de personas que reconocieron importante el "mantener los recipientes con líquidos calientes fuera del alcance de los niños", como última opción relevante con un 19,1 % (16/84) se encontró el "no permitir que los niños tomen mate".

Al consultar si habían recibido información sobre el tema nos encontramos con un 78,6% (66/84) que nunca recibió información. Esto nos llevaría a pensar que ni el equipo de salud, ni los medios han tratado la prevención de dicho tema.

A pesar que solamente 18 personas recibieron información, el 38,8% (7/18) fue a través del equipo de salud, el 22,2% (4/18) recibió información de los medios masivos, un 16,7% (3/18) lo recibió del equipo y los medios conjuntamente y un 22,2% (4/18) fue a través de la categoría "otros" que engloba a la escuela primaria y a la asociación civil "La Pascua" que trabaja en la zona.

Para enriquecer el presente trabajo consideramos de suma relevancia trabajar con cruce de variables. Basándonos en que nuestra principal variable de estudio es la información, la relacionamos con el nivel de instrucción de los responsables del cuidado de los niños, así como también con el hecho de haber recibido información sobre el tema. Para confirmar si existía asociación en las ya mencionadas variables realizamos el cálculo de Chi cuadrado.

Cabe esperar que a mayor nivel de instrucción la persona se debería encontrar más informada por el hecho de que posee más herramientas para acceder a la misma, al observar la primer tabla de contingencia encontramos que en la categoría "no informados" esto se cumple ya que en el nivel terciario se observa un 7,5% no informados, en el secundario un 34,3% y en primaria un 58,2%; esto no es observado en la segunda categoría "medianamente informado" en la cual a medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye el de información.

Esta discordancia en los resultados se tradujo en que al realizar el Chi cuadrado no se encontró asociación de variables. Debemos destacar que la instrucción es tan solo uno de los factores que influyen en el nivel de información, también es de suma relevancia el interés que la persona posea acerca del tema, así como la motivación que reciba de diferentes fuentes, logrando la sensibilización del individuo en conjunto con su familia y comunidad promoviendo la salud de estos. La enfermera profesional tiene un papel predominante en dicho trabajo ya que posee las herramienta para poder llegar a estos de la mejor forma posible llevando a cabo asistencia en el primer nivel.

Con respecto a la segunda tabla de contingencia en la cual se cruzó la variable independiente "estar informado" con la dependiente "haber recibido información" se halló que dentro del grupo de personas que no recibieron información el 76,5% se encontraban medianamente informadas sobre la prevención de accidentes por quemaduras con líquidos calientes, lo que nos lleva a pensar que la pueden haber recibido por medio del ensayo y error así como a través de la enseñanza de padres a hijos, por sentido común, o que en su defecto, no recuerdan quien se las brindó.

En lo referente a las personas que recibieron información un 20,9% se encontraban en la categoría "no informados", de esto se desprende que la información que se les brindó no fue captada de la forma que se esperaba. Esto pudo deberse a varios factores como que el contenido de la información no fue adecuado o el suficiente, que la información brindada no fue del interés del receptor, que no se hayan utilizado medios de apoyo que facilitan su interpretación y retención, también la utilización de un lenguaje inadecuado, que el espacio utilizado no fuese acorde, entre otros.

Un 23,5 fue el porcentaje que representó a las personas que recibieron información y estaban medianamente informadas, lo que reafirma lo anteriormente mencionado.

Centrándonos en el grupo de personas que recibieron información lo subdividimos en los que "no se encuentran informados" de los cuales un 50% fue a través del equipo de salud; esto podría significar que en su mayoría las personas no informadas estuvieron en instancias educativas con el equipo de salud lo que mostraría que dicha tarea no fue provechosa para las mismas.

Dentro de los "medianamente informados" un 33,3% se informaron a través de los medios masivos, lo cual nos muestra el rol predominante que tiene este dentro de los

hogares, siendo una herramienta de fácil acceso familiar para el fomento de la salud y bienestar de todos sus integrantes.

Pese a que los resultados obtenidos son sugerentes, cabe aclarar que estos pueden estar afectados ya que esperábamos recibir respuestas más minuciosas sobre el temas y no solo generales como obtuvimos.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el presente trabajo, podemos concluir que respecto a los objetivos específicos se logró caracterizar la familia de los niños de 1 a 4 años que concurren a la consulta pediátrica del centro de salud "La Cruz de Carrasco", de las mismas la mayoría fueron de tipo nuclear encontrándose la madre como participante activo en el cuidado de éste, observándose una marcada presencia de uno de sus padre a lo largo del día en el hogar, lo que resaltamos como positivo ya que fortalece los vínculos familiares favoreciendo un ambiente propicio para el crecimiento y desarrollo psicoemocional del niño. No debemos olvidar que la familia es el primer grupo socializador y que dentro de éste el niño creará su hábitos y conductas las cuales deberán tender a favorecer la salud de todos sus integrantes.

El haber encontrado una fuerte presencia de familias nucleares no confirma que éstas cumplen con todas sus funciones, pero resaltamos como positivo que el niño cuenta con un ambiente propicio y adecuado disminuyendo la vulnerabilidad de éste.

Centrándonos en nuestro segundo objetivo específico podemos concluir que la mayoría de los responsables no se encontraban informados sobre la prevención de quemaduras por líquidos calientes lo que podemos suponer que se debe, en primer lugar, a la falta de importancia que se le da al tema en cuestión, ni a éste tema enmarcado en la prevención de accidentes en niños. Uno de los objetivos principales del primer nivel de atención son las acciones enfocadas a la prevención, como política sanitaria dentro de la promoción de la salud comunitaria, evitando de esta forma procesos mórbidos, pérdidas económicas innecesarias así como poner en riesgo la salud de las familias y comunidad pudiendo llevar inclusive a la pérdida de uno de sus integrantes.

Esto confirma la orientación que el sistema de salud uruguayo tiene hacia la curación y rehabilitación de las enfermedades, no dándole el mismo peso a la prevención en salud como sería lo deseable. Para esto se requiere la adecuación y reeducación de los recursos humanos del sector y la ampliación de políticas y normativas que prioricen el desarrollo de programas preventivos.

A lo largo de la historia de los Centro de Salud el equipo multidisciplinario ha estado orientado a trabajar en el marco de programas preestablecidos de prioridad nacional. Existen ciertos grupos etáreos que no se encuentran comprendidos en ninguno de estos programas y no por ellos podemos excluirlos al momento de planificar nuestras acciones sobre promoción de salud comunitaria. Un ejemplo claro de esto, son los niños que necesitarían una planificación específica de acciones preventivas según su edad y requerimientos, no nos podemos olvidar lo vulnerable que se encuentran por la etapa de crecimiento y desarrollo que transitan.

En lo referente a nuestro tercer objetivo específico podemos concluir que, del escaso porcentaje de personas que recibieron información, ésta fue en su mayoría aportada por el equipo de salud, seguido de los medios masivos; a pesar de dicha situación la población no se encontraba informada sobre la prevención de accidentes lo que significa que no llegaron a alcanzar el objetivo planteado.

Debemos tener claro que no se trata de aportar información de cualquier manera y cuanto mayor cantidad mejor, sino que se debe primeramente conocer la necesidad que tienen las personas de recibir información sobre el tema en cuestión, luego analizar

la mejor manera o estrategia para proporcionar dichos datos, con el fin de que estos lleguen y sean asimilados. Para ello creemos importante que todo el equipo de salud en especial la enfermera profesional se debe preocupar por ampliar sus conocimientos sobre las técnicas o procedimientos educativos, de forma de poder lograr una interrelación con los destinatarios de la información y de esta manera logrará que ella se más productiva y su trabajo efectivo.

Cada contacto que nosotras como enfermeras establecemos con alguien, sin importar si esta enfermo o no, debemos considerarlo como una oportunidad para la enseñanza del individuo sobre el cuidado de la salud.

No debemos olvidar que las instancias educativas, individuales o grupales, son una de las herramientas fundamentales de la enfermera profesional en el primer nivel de atención, informando sobre los factores de riesgo con el fin de cambiar hábitos nocivos y promover conductas que favorezcan la salud de los individuos, previniendo así los accidentes.

Finalizando, llegamos a la conclusión de que, tomando como referencia al responsable del cuidado del niño de 1 a 4 años que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud de "La Cruz de Carrasco", y según nuestros criterios de valoración, las familias de éstos no se encuentran informados sobre las medidas a aplicar para la prevención de los accidentes domésticos por quemaduras con líquidos calientes. Hecho que es de suma relevancia para todos los actores involucrados, ya sea directa o indirectamente en el tema: todos los integrantes de las familias que conformaron nuestra población de estudio, los integrantes del equipo de salud del centro en cuestión y los estudiantes de nuestra carrera que año a año pasan por dicho servicio realizando acciones de prevención sobre variados temas de interés general.

SUGERENCIAS

- Trabajar a nivel de los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería por medio de los cuales se transmita a la población que los accidentes domésticos en niños son hechos fácilmente prevenibles, si se les otorga la importancia que se merecen.
- Para futuros estudios sería propicio contar con espacio físico adecuado para la realización de las entrevistas.
- Basándonos en los resultados obtenidos consideramos de suma relevancia la profundización del tema tratado por medio de posteriores estudios.
- Fomentar el rol de la Licenciada en Enfermería en la ayuda a los padres o responsables del niño para desarrollar aptitudes eficaces y apropiadas como cuidadores.
- Hacer énfasis en la educación continua del equipo de salud en relación a las técnicas educativas y las formas para favorecer el relacionamiento entre el usuario y el personal de salud
- Promover los Centros de Salud como fuente de obtención de información oportuna, concisa, clara y accesible sobre prevención de accidentes.
- Sugerir la extensión del programa de prevención de accidentes en niños del Centro Hospitalario Pereyra Rossell a los Centros de Salud.
- Potenciar a través de los medios de información masivos campañas informando acerca de todas las medidas para prevenir accidentes domésticos, enfatizando en las quemaduras por líquidos calientes en la población de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) BENDLIN; LINARES; BENAİM. "Tratado De Quemaduras"; Ed. Interamericana. Mc. Gran-Hill. México 1993.
- 2) CANALES F., PINEDA E., otros; "Metodología de la Investigación"; Ed. O.P.S. O.M.S.; 2ª edición; Washington, E.E.U.U.; 1994.
- 3) DE LA REVILLA L.; "Conceptos e instrumentos de atención familiar"; 3ª Edición; Ed. Doyma S. A.; Barcelona-España; 1994.
- 4) ERRANDONEA A. "Información y comunicación social". 3ª Edición. Universidad de la Rep. Dpto. de publicaciones. Montevideo. 1992.
- 5) FERRARI A. Mª. Dra.; "Atención pediátrica, pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención", Cuarta edición, Clínica Pediátrica "A", Of. Del Libro, AEM, Universidad de la República, Montevideo, 1995.
- 6) FRAGA A. Dra., CASTRILLÓN R. Dr., OTROS; "Plan de prevención de accidentes intra domiciliarios en niños menores de 3 años"; Centro Materno Infantil Maciel; Escuela de Graduados, Fac. Medicina, Universidad de la R.; Ed. A.E.M.; Montevideo; 1993.
- 7) GARIBALDI L; SALVO M. "Lenguaje y comunicación". Ediciones Rosgal. Montevideo 2000.
- 8) GENTILE RAMOS I.; Puericultura y pediatría Social; 2ª edición; Ed. Librería Médica; Montevideo Uruguay; 1998.
- 9) GENTILE RAMOS I.; "Atención Pediátrica. Pautas, diagnóstico, tratamiento y prevención"; 2ª Edición; Editorial Oficina del Libro A.E.M.; Montevideo Uruguay; 1991.
- 10) GLIZER I M. Dr.; "Prevención de accidentes y lesiones"; 1ª Edición; O.P.S. O.M.S.; Tandil, Argentina; 1993.
- 11) HIJAR MEDINA M., TAPIA-YAÑEZ J, OTROS; "Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años". Ed. Salud Pública de México. Vol 34. N°6. Nov-Dic 1992.
- 12) HINCHLIFF S., NORMAN S., OTROS; "Enfermería y cuidados de salud"; 1ª Edición, Ed. Doyma S. A.; España; 1994.
- 13) INSTITUTO NAC. DE ESTADÍSTICA. "Las variables estadísticas relevantes durante el siglo XX. La familia y el hogar". Ed. INE. Rep. O. Del Uruguay. 2002.
- 14) MENA A. Dra, ROMERO P. Dr.; "Accidentes Infantiles en Chile"; U.N.I.C.E.F.; Sociedad Chilena de Pediatría; Santiago-Chile; 1995.

- 15) KOZIER B., ERB B.; "Fundamentos de Enfermería"; Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. México; 1994.
- 16) MAZZEI E. Lic; "El Uruguay desde la sociología II"; 2° Edición; Dto. De Sociología. Fac. de Ciencias Sociales. Universidad De la Rep.; Montevideo-Uruguay; 2004.
- 17) MEEGHELLO J., OTROS; "Pediatría", tomo II; 5° Edición; Ed. Panamericana; Argentina; 1998.
- 18) MARRINER TOMEY A.; "Modelos y Teorías en Enfermería"; 3° Edición; Ed. Mosby Doyma; Madrid-España; 1994.
- 19) MURILLO, N., ETCHEBARNE, L.; "Medicina Preventiva Y Social". 3° Ed. Oficina del Libro FEFMUR. Mdeo. Uruguay 2001. Cáp. 16 y 18.
- 20) POTTER PERRY; "Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica" 3ª Edición. Editorial Mosmy/ doyma. Madrid España. 1996.
- 21) SAAVEDRA R., CONTRERAS C., OTROS; "Quemaduras en niños por volcamientos de cocina"; Ed. De Dirección de Extensión; Centro de Rehabilitación de Santiago- COAMIQUEM. Enfermería Universitaria; Santiago-Chile. 2003.
- 22) SAN MARTÍN, H ; "Salud pública y medicina preventiva". 2º Edición. Editorial MASSON S.A; Barcelona, España 1989
- 23) SANZ CASADO E.; "Manual de estudio de usuarios"; Ed. Pirámide S.A.; Madrid, España; 1994.
- 24) SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATÍA; "Manual de Prevención de Accidentes"; 1º Edición; Ed. S.A.P.; Buenos Aires-Argentina; 2001.
- 25) ZURRO M., CANO PEREZ; "Atención Primaria. Concepto, organización y prácticas clínicas"; 3º Edición; Ed. Mosby-Doyma; Barcelona-España; 1994.
- 26) "Crecimiento y desarrollo del niño hasta los 5 años". Boletín del C.I.A.P., O.P.S., O.M.S., Vol 3, N° 11, Montevideo-Uruguay, Set-Oct1991.

www.ucm.com.uy

www.sap.org.ar. ZORI E, SCHNAIDERMAN D. "Evaluación de los niños internados por quemaduras en el Hospital de Bariloche". Argentina.2000.

www.oospp.gub.py. MORA S, SAMUDIO D, Y OTROS; "Accidentes Domésticos en Pediatría" . Organismo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Vol 27, N°2. Paraguay. Julio-Dic 2000.

www.elpaisdigital.com.uy FERNÁNDEZ L. "Accidentes doméstico. 1 de cada 5 consultas que se realizan en el CHPR son por esta causa". Montevideo-Uruguay. 18 de Abril 2004.

www.sup.com.uy Sociedad Uruguaya de Pediatría. Comité de Accidentes. "Estudio sobre Accidentes en el Dpto. de Emergencia pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell". Montevideo-Uruguay. 1998.

www.montevideo.gub.uy. Intendencia Municipal de Montevideo. Estadísticas. CCZ 8. Año 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

Criterios generales:

El formulario de entrevista fue diseñado para su aplicación a la persona que se encuentre a cargo del niño durante la consulta pediátrica en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" de la ciudad de Montevideo.

Se deben enunciar las interrogantes en la forma en que están redactadas, sin inducir la respuesta.

Con respecto a la variable información se le asignará diferente puntaje a cada pregunta según lo que nos aporte sobre el conocimiento que tiene el encuestado para prevenir accidentes por líquidos calientes en niños entre 1 a 4 años. De esta manera a la pregunta N° 1 se le asignará dos puntos a cada respuesta y a la opción otros se le asignó un punto; a la pregunta N° 2 se le asignó tres puntos, a la opción otros dos puntos y a la pregunta N° 3 se le asignó cuatro puntos y a la opción otros tres puntos.

Para llegar al total del puntaje se sumará el subtotal de cada pregunta, siendo el máximo a alcanzar 88 puntos. Se considerara al encuestado no informado cuando alcance 22 puntos o menos, se considerara a éste medianamente informado cuando se encuentre entre 23 y 44 puntos y se considerará que se encuentran informados a aquellos que superen los 44 puntos.

Formulario de entrevista

INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS FAMILIAS SOBRE QUEMADURAS POR LÍQUIDOS CALIENTES DE LOS NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS.

Fecha N° formulario
Encuestado

Forma de completar el formulario: Las casillas que se presentan en el formulario son para ser llenadas por el encuestador con números cuando corresponda, con una cruz o redactado. Recabado los datos se deberán sumar los puntos obtenidos en la variable información y clasificarlos según las opciones propuestas.

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería que estamos realizando un trabajo de investigación sobre accidentes domésticos (quemaduras por líquidos calientes). El objetivo del mismo es conocer la información que poseen sobre este tema las familias de los niños de 1 a 4 años.

¿Tiene usted inconveniente en responder algunas preguntas referente a dicho tema? _____

Edad del niño: Años _____

¿Qué relación tiene usted con el niño? Madre

Padres Otros _____

Hermano

¿Cuántas horas del día se encuentra usted al cuidado del niño? _____ horas .

¿Cuántos días a la semana se encuentra usted al cuidado del niño? _____ días .

Edad encuestado _____

¿Qué estudios a realizado?

Ninguno

Primaria Otros _____

Secundaria

Estudios terciarios

¿Con quién vive el niño?

Familia nuclear

Familia monoparental

Familia extensa

Otros _____

¿Cuántas horas se encuentran simultáneamente ambos padres fuera del hogar? _____ horas.

VARIABLE INFORMACIÓN.

1- ¿En qué lugares de la casa considera usted que existe riesgo de que el niño se quemara con líquidos calientes? Cocina

Baño Otros _____

Comedor

Dormitorio

PUNTOS _____

2- ¿En éste lugar o en cada uno de estos lugares con qué se podrían producir las quemaduras por líquidos calientes?

Baño

Canillas

Ducha

Otros _____

Bolsa de agua caliente

Termo y/o mate

Recipientes que contengan alimentos líquidos calientes.

PUNTOS _____

3- ¿Qué medidas conoce usted que se deberían tomar en este o estos lugares?

No dejar a los niños solos en el hogar.

No utilizar la cocina como lugar de juego para los niños.

Mantener hacia atrás los mangos de ollas, sartenes, etc.

Mantener los recipientes con líquidos calientes fuera del alcance de los niños

Cocinar con las hornallas posteriores.

Colocar todos los alimentos calientes al centro de la mesa a la hora de comer.

No pasar los alimentos calientes por encima de los niños.

Controlar la temperatura de los alimentos antes de ofrecérselos a los niños.

No permitir que los niños tomen mate.

No agacharse sobre el niño mientras carga el termo.

- Controlar la temperatura del agua del baño.
- No dejar solos a los niños en el baño.
- Controlar la temperatura de la bolsa de agua caliente
- Verificar que la bolsa de agua caliente se encuentre bien cerrada.
- Otra/s medida/s _____

PUNTOS _____

TOTAL PUNTAJE: _____

- No se encuentra informado(menos o igual a 22 puntos).
- Medianamente informado(de 23 a 44 puntos).
- Se encuentra informado(más de 44 puntos)

VARIABLE FUENTES DE INFORMACIÓN.

¿Recibió usted información sobre las medidas que se deben tomar para prevenir las quemaduras por líquidos calientes? Si

No

En caso de haberla recibido. A través de quién?.

- Equipo de salud
- Medios masivos de información
- Otros _____