



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD NIÑO/A Y ADOLESCENTE**



CAUSAS DE QUEMADURAS EN EL HOGAR EN LACTANTES Y PREESCOLARES

AUTORES:

Albertoni, Carolina
Iurramendi, Lorena
Licio, Natalia
Troisi, Mariángeles
Vargas, Jennifer

TUTORES:

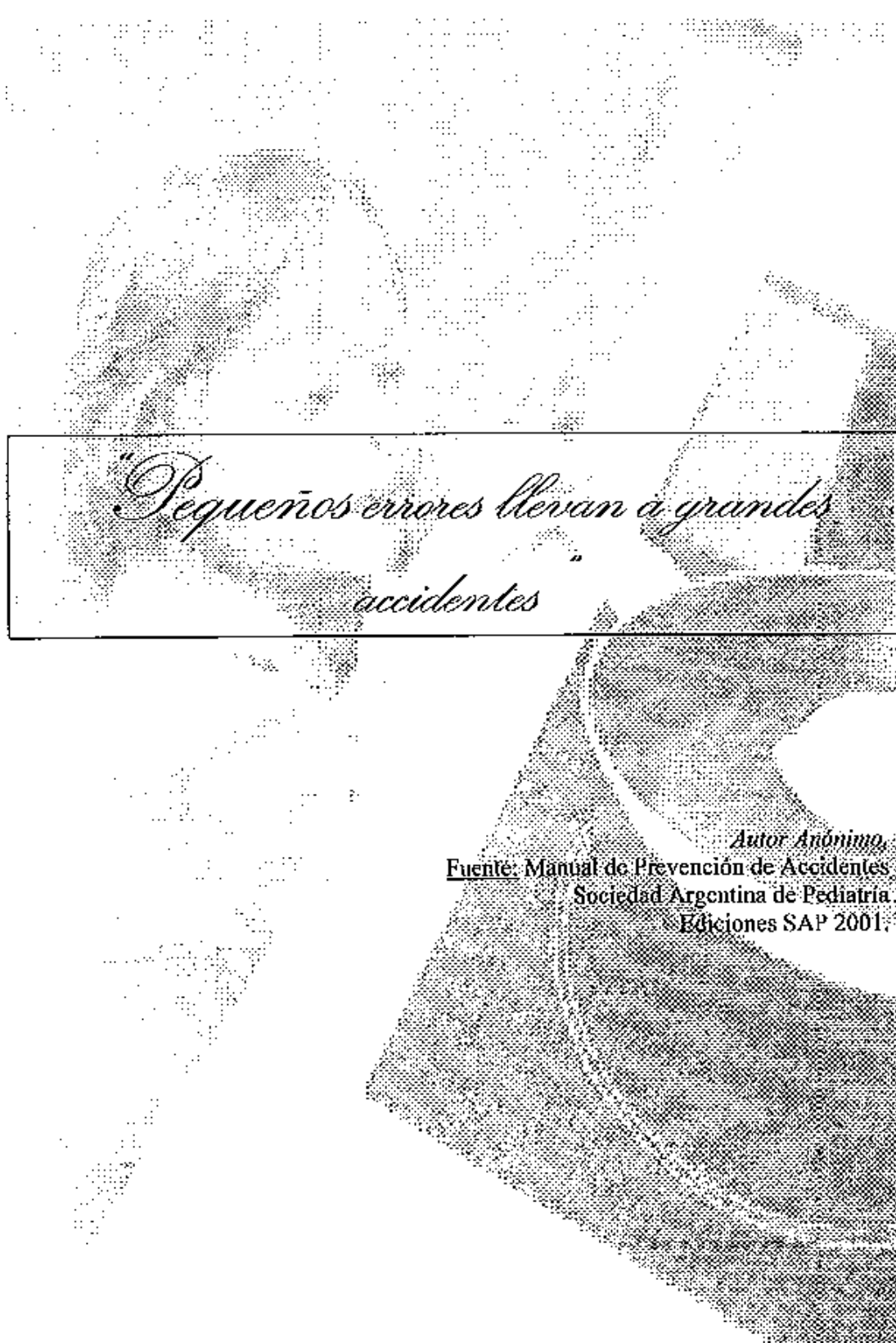
Prof. Mag. Rocha, Fany
Prof. Adj. Ayala, Margarita
Prof. Adj. (s) Alberro, Betina

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

Montevideo, 2008

AGRADECIMIENTOS

- A nuestras tutoras que con su constante apoyo y exigencia nos incentivaron a continuar y superar obstáculos encontrados.
- A las funcionarias de Archivo del Centro Hospitalario Pcreyra Rossell, Mery San Martín y Gabriela Longo.
- A la Licenciada en Enfermería de la unidad de quemados del Servicio, Lic. Mariela Morcira.
- A la Asistente Social de la unidad de quemados de dicha Institución, Lic. Alejandra Melgar.
- A nuestras familias y amigos por su gran contención durante este proceso.



*"Pequeños errores llevan a grandes
accidentes"*

Autor Anónimo.
Fuente: Manual de Prevención de Accidentes
Sociedad Argentina de Pediatría.
Ediciones SAP 2001.

ÍNDICE

- Índice.....Pág. 5
- Resumen.....Pág. 6
- Introducción.....Pág. 7
- Planteamiento del Problema.....Pág. 9
- Marco Teórico.....Pág. 10
- Diseño Metodológico.....Pág. 15
- Resultados.....Pág. 18
- Análisis de los resultados.....Pág. 24
- Conclusiones.....Pág. 26
- Sugerencias.....Pág. 27
- Limitaciones de la investigación.....Pág. 28
- Bibliografía.....Pág. 29
- Anexos.....Pág. 31

RESUMEN

Los accidentes han sido una de las principales causas de muerte de niños de 1 a 4 años en Uruguay en los últimos años. Un promedio de 360 niños por año es admitido en el Hospital Pereira Rossell por quemaduras, que requieren asistencia en la unidad de quemados. Según la bibliografía consultada se conoce que la morbilidad severa por secuelas es tres veces mayor a la mortalidad, lo que representa un problema de Salud Pública, por el riesgo de muerte que implican y por las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales que producen; esto deriva en grandes costos para el Sistema de Salud.

El objetivo general de la investigación es identificar las principales causas de quemaduras en el hogar de lactantes y preescolares.

El enfoque de este trabajo está determinado por el propósito, el cual busca contribuir a la prevención de este tipo de accidentes a través de la identificación del agente causal. En base a esto es un problema que compete a la enfermería profesional.

El tipo de estudio es descriptivo, longitudinal, retrospectivo. El universo se compone de todos los registros obtenidos de las Historias Clínicas de lactantes y preescolares que ingresaron a la unidad de quemados del Centro Hospitalario Pediátrico Público de Montevideo en el período comprendido entre el primero de setiembre del 2006 al primero de setiembre del 2007, del cual se seleccionó una muestra aleatoriamente.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, agente causal, estación del año, medio socio-económico, espacio físico del accidente, cuidador al momento del accidente y antecedentes patológicos (alteración sensorial, motora y/o cognitiva).

Los resultados obtenidos en una muestra de 44 registros, demostraron que el principal agente causal es el térmico, específicamente el derrame de líquidos calientes. La población más afectada son los niños menores de 3 años pertenecientes a un nivel socio-económico deficitario, se accidentan con igual frecuencia al cuidado o no de un adulto, los sitios del hogar con mayor riesgo son la cocina y el baño, y la primavera es la estación del año en la que predominan estos accidentes.

Las sugerencias pertinentes son la implementación de una guía de prevención de quemaduras en el hogar, para ser difundida a los responsables del cuidado de los niños; y la elaboración de un sistema de registro de quemaduras más amplio, para determinar otros datos y no sólo la incidencia de estos accidentes.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación ha sido elaborado e implementado por cinco bachilleres en calidad de estudiantes avanzadas de la Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería como requisito final de la carrera, enmarcado en la Cátedra de "Salud del niño/a y adolescente".

El mismo tiene como finalidad conocer las causas de quemaduras en el hogar en lactantes (1 mes a 24 meses cumplidos) y preescolares (2 años y 1 día a 5 años) ingresados por quemaduras, en base a los registros obtenidos de Historias Clínicas de un Hospital Pediátrico Público de Montevideo, en el período comprendido entre el primero de setiembre del 2006 al primero de setiembre del 2007, a través de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Para la realización del trabajo de investigación se elaboró el cronograma de actividades y el presupuesto.¹

Como fuentes para la selección del problema nos basamos en la experiencia adquirida en los campos de práctica correspondientes, destinada a la atención del niño/a, a partir de la cual se constató la notoria incidencia de accidentes por quemaduras.

La literatura existente y las investigaciones encontradas sobre la temática a nivel nacional y en países de la región, revelan datos acerca de accidentes por quemaduras que sirven como punto de partida y soporte teórico para la presente investigación pero no tienen el enfoque propio de la enfermería.

Conforme a los conocimientos teóricos sobre el tema que indican que la mayor parte de las quemaduras en el hogar ocurren en los meses de invierno (por derrame de agua caliente y calefacción), se planteó abarcar las cuatro estaciones para así poder verificarlo científicamente.

De acuerdo a los datos epidemiológicos actuales la tasa de mortalidad infantil por accidentes es de 2.9 en el 2006 (tasa de mortalidad infantil: 10.5). Éstos son la principal causa de muerte de los niños en Uruguay de 1 - 4 años entre 1999 y 2005 y la segunda causa en el año 2006. En el grupo etáreo de 5 - 9 años corresponden a la primera causa de muerte infantil desde 1999 al 2006 (excepto en el 2003 que ocupan el 2º lugar).²

En relación a un estudio médico realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en Junio del 2007 en una población que abarca de los 6 meses a los 19 años de edad, se obtuvo que un 66.7% de los accidentes en pediatría ocurren en el hogar, dentro de los cuales el 11.7% corresponden a quemaduras.³

Según los datos obtenidos, la investigación debería abordar una población dentro de esos rangos, pero teniendo el conocimiento teórico de que el grupo con mayor riesgo es el de menores de cinco años, se planteó investigar las causas de quemaduras en niños de 1 mes hasta 5 años.

1- Cronograma del Trabajo Final de Investigación y elaboración del presupuesto. (Anexo I)

2- Sociedad Uruguaya de Pediatría, Comité de accidentes, 30 Noviembre 2007. Fuente: MSP. DIGESA. Unidad de Información Nacional en Salud. (Anexo II)

3- Carugati M^a José, Illescas Amelia, Pérez Walter y bachilleres colaboradores. Trabajo de Investigación: *Prevalencia de Accidentes de niños internados en el CHPR. Uruguay: junio 2007.*

Un promedio de 360 niños por año es admitido en el Hospital Pereira Rossell por quemaduras que requieren asistencia en la unidad de quemados y alrededor de 2000 son asistidos en régimen ambulatorio. El 90% de las quemaduras ocurren en el ámbito domiciliario, presentándose con franco predominio en las clases sociales bajas, particularmente en hogares hacinados, afectan sobre todo a niños pequeños y con igual frecuencia a ambos sexos. Se estima que la morbilidad severa por secuelas (estéticas y funcionales) es tres veces mayor a la mortalidad, lo que genera elevados costos en salud, y determina importantes repercusiones psicológicas.

Representan un problema de Salud Pública no sólo por el riesgo de muerte que conllevan, sino por las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales que producen. Esto se traduce en una carga social onerosa, teniendo en cuenta que se pueden prevenir mediante información y educación.

La metodología empleada es de tipo documental mediante la revisión de registros clínicos de lactantes y preescolares, los cuales presentaron quemaduras en el hogar dentro del período mencionado e ingresaron a la unidad de quemados del Centro Pediátrico Público de Montevideo. Luego de dicha revisión se seleccionó una muestra aleatoria de 44 Historias Clínicas donde se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, agente causal, estación del año, medio socio-económico, espacio físico del accidente, cuidador al momento del accidente y antecedentes patológicos (alteración sensorial, motora y/o cognitiva).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Área temática: Quemaduras en lactantes y preescolares.

Pregunta problema: ¿Cuáles son las causas más frecuentes de quemaduras en el hogar, según los registros de las Historias Clínicas obtenidos de un Hospital Pediátrico Público de Montevideo, de lactantes y preescolares que ingresaron a la unidad de quemados en el período comprendido entre el primero de setiembre del 2006 al primero de setiembre del 2007?

Objetivo general: Identificar las principales causas de quemaduras en el hogar según los registros de las Historias Clínicas obtenidos de un Hospital Pediátrico Público de Montevideo, de lactantes y preescolares que ingresaron a la unidad de quemados en el período comprendido entre el primero de setiembre del 2006 al primero de setiembre del 2007.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar el agente causal de las quemaduras.

Propósitos:

- Contribuir a la promoción de la salud brindando información acerca de las causas de quemaduras en el hogar y las medidas de seguridad.
- Contribuir a la prevención de quemaduras en el hogar brindando guías de prevención preestablecidas y los resultados de la investigación para la posible elaboración de una guía propia del servicio.

MARCO TEÓRICO

Al realizar el trabajo de investigación nos basamos en el presente soporte teórico, el cual nos permitió llevarlo a cabo.

La enfermería es *"la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones, que realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención"*.⁵ Las tres funciones de la enfermería profesional son: asistencia, docencia e investigación, donde cada una de éstas se encuentra estrechamente relacionada con la otra.

"La investigación en enfermería es necesaria para generar nuevos conocimientos, evaluar la práctica, y aportar pruebas para configurar la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería. Es un medio poderoso para responder a preguntas sobre las intervenciones de atención de salud y hallar mejores formas de promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar cuidados y servicios de rehabilitación. La investigación de enfermería aplica el método científico para tratar de adquirir conocimientos, responder a preguntas o resolver problemas".⁶

La presente investigación tiene como sujeto de estudio Historias Clínicas de lactantes y preescolares, es de suma importancia citar el concepto de lactante y preescolar y definir el rol de la enfermera pediátrica: *"La enfermera pediátrica es aquella cuya área fundamental de interés, competencia y práctica profesional es la de prestar cuidados y asistencia al niño sano o enfermo desde su nacimiento hasta la adolescencia, en la comunidad o en el sector hospitalario"*.⁷ Debe ser capaz de brindar confianza y seguridad al niño y su familia para optimizar los cuidados enfermeros adaptándose a las necesidades y características del usuario, familia, su nivel socio-económico y entorno para poder transmitir información de la forma más acertada y así contribuir favorablemente en el proceso salud-enfermedad.

Es de fundamental importancia su conocimiento sobre las distintas etapas del desarrollo y las conductas de riesgo, ya sean familiares o ambientales, al igual que la capacidad de valoración de los vínculos dentro de la familia y el apego madre-hijo, y poder trabajar así con la familia, estableciendo relaciones de ayuda y apoyando a los padres en la promoción, prevención y cuidados en la salud del niño.

"La familia es el principal agente de prevención, es donde el niño crece y se desarrolla. (...) Creemos que no existen accidentes, sino niños accidentados, en el marco de una familia y con la influencia de su medio cultural, económico y geográfico".⁸

Definimos al lactante como: *"el niño que se encuentra en las primeras etapas de la vida extrauterina, desde el primer mes de vida hasta los 24 meses de edad, en que es capaz de asumir la postura erecta"* y al niño preescolar *"aquel desde los dos a los cinco años de edad"*.⁹ Estas son las etapas en las cuales se puede apreciar tanto el crecimiento como el desarrollo más notorio del resto de las etapas del ciclo vital.

5 - Material extraído del Plan de estudio 93. Facultad de Enfermería.

6- Consejo Internacional de Enfermeras (en línea), www.icn.ch/malliers_researchsp.htm - 29k.

7- Diccionario de Medicina y Enfermería Mosby, España: Océano, 1995.

8- Sociedad Argentina de Pediatría. *Manual de Prevención de accidentes*, Ediciones SAP; 2001.

9- Slota, Margaret. *Cuidados intensivos de Enfermería en el niño*, México: McGraw Hill - Interamericana, 2000.

El crecimiento "es un proceso de multiplicación celular, y más tarde el aumento en el tamaño de cada célula individual que determina un incremento progresivo en el tamaño y la masa corporal, que finaliza poco después de haberse alcanzado la madurez sexual".¹⁰

El desarrollo se define como "el ordenamiento especial de las células en órganos y tejidos, su organización en sistemas, la adquisición gradual de especificidad y capacidad funcional cuantitativamente similares al adulto".¹⁰

El proceso de desarrollo se inicia en un estado de absoluta dependencia y se distinguen: desarrollo sensitivo, motor o cognitivo. Debido a esto consideramos que si existe una alteración en lo sensitivo entendiéndose como lo "perteneciente o relativo a las sensaciones producidas en los sentidos y especialmente en la piel"; en lo motor definido como "terminaciones nerviosas sobre un músculo, mediante la cual este recibe el impulso que determina su contracción" y lo en lo cognitivo como lo "perteneciente o relativo al conocimiento (entendimiento, inteligencia o razón natural)"¹¹, esto podría influir en el que se produzca o no un accidente por quemadura. El desarrollo representa la interacción entre la herencia y el ambiente, la primera determina el potencial del niño y el segundo influye en lograr ese potencial genético heredado.

Para que exista un desarrollo óptimo, los factores extrínsecos (ambientales) deben cubrir las necesidades físicas y emocionales del niño. Estas son diferentes en función de la etapa evolutiva.

Existen una serie de conductas esperadas a lo largo de estas etapas donde se puede apreciar claramente el crecimiento y desarrollo de los niños. (Anexo III)

Es necesario conocer los tiempos de cada niño para saber, como adulto responsable, cómo y dónde actuar frente a la prevención de accidentes. Esta información es importante para la investigación, ya que contribuiremos a la elaboración de una guía de prevención de accidentes de acuerdo a las conductas, a la edad y al entorno que rodea al niño.

Los niños fueron y son particularmente vulnerables a los accidentes que día a día aumentan la tasa de morbi-mortalidad infantil. Es importante recordar cómo se define un accidente y qué factores están involucrados en éste. En su acepción corriente "accidente es algo que sucede por casualidad o fortuitamente". Otra definición refiere que es "la cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional".¹²

Se caracteriza por la falta de intencionalidad; consecuencias que acarrearán, o sea los daños que les provocan a las personas; y la rapidez o brusquedad con que se producen.

"... Hoy sabemos que estos accidentes no son accidentales, sino que son el resultado de una constelación de factores que influyen en una situación de riesgo. Este fenómeno, el accidente, debe ser considerado desde el punto de vista epidemiológico como una enfermedad, y como tal, susceptible de ser prevenida. Es tal vez una de las que más responden a las medidas de prevención (...). Por lo tanto el término accidente no es el más apropiado porque con él se designa lo que ocurre al azar, que no puede anticiparse, y por ende, prevenirse, llevando a una aceptación fatalista, resignada de estos hechos..."

10- Mencighello. *Pediatría*. 5ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 1997

11- Diccionario de la lengua española (RAE), (en línea), www.wordreference.com

12- Glizer Isaac. *Prevención de accidentes y lesiones* O.P.S. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud Nº 29; 1993.

Las denominaciones de los distintos accidentes aluden a veces al lugar en que ocurren, a la actividad realizada, al tipo de lesión resultante, etc. Esto dificulta su clasificación racional.

El tipo de accidente que interesa al estudio son *quemaduras* que ocurren dentro del hogar, definidos como *"quemaduras que suceden dentro del ámbito doméstico"*.¹³

Las quemaduras se definen como *"lesiones de los tejidos producidas por energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico que producen desnaturalización de las proteínas, edema y pérdida de líquido intravascular debido al aumento de la permeabilidad vascular"*.

Las lesiones pueden tipificarse de acuerdo al tipo de energía o agentes involucrados (mecánica, térmica, química, eléctrica).

La profundidad de las mismas tiene importantes implicancias terapéuticas y pronósticas. Según el espesor de la quemadura se comprometen sucesivamente epidermis, dermis, tejido subcutáneo, vasos, fascias, músculos, tendones y huesos. Dado el espesor de la piel en niños de muy corta edad las quemaduras en ocasiones son más profundas de lo que parecen inicialmente. Es de gran dificultad estimar la profundidad de la quemadura en las primeras 24 horas de producirse la lesión, por lo que es necesario reevaluar las heridas diariamente para lograr una valoración más exacta de la profundidad. Esta ha sido tradicionalmente clasificada en términos de grados (1, 2, 3), actualmente se clasifican en: superficial, intermedia y profunda respectivamente. (Anexo IV)

Esta investigación estudia las causas de las quemaduras. Los diferentes agentes causales son: térmicos, químicos, eléctricos o por inhalación.

La mayoría de las quemaduras en niños se deben al derrame de líquidos calientes. Las áreas expuestas suelen quemarse con menor profundidad que las regiones cubiertas por ropa, porque estas retienen el calor y mantienen los líquidos calientes en contacto con la piel por períodos más prolongados.

El tipo de agente puede condicionar las características de la lesión. Así, en tanto los líquidos calientes determinan quemaduras más extensas y habitualmente menos profundas, los agentes eléctricos provocan quemaduras localizadas y profundas. En caso de agentes eléctricos aún cuando la lesión cutánea sea apenas perceptible, puede ocurrir destrucción masiva de tejidos subyacentes.

El fuego sigue en frecuencia a los líquidos calientes como agente térmico de las quemaduras en niños, los usuarios cuyas ropas toman fuego habitualmente presentan quemaduras profundas. La ignición de ropas sintéticas produce adhesión a la piel lo que condiciona lesiones severas.

Las quemaduras térmicas pueden deberse a cualquier fuente de calor capaz de elevar la temperatura de la piel y las estructuras profundas hasta un nivel que produce la muerte celular y la coagulación de las proteínas o calcinación. Las causas más frecuentes son las llamas, los líquidos muy calientes (escaldadura), objetos o gases calientes que contactan con la piel, y frío extremo (grados bajo cero). La extensión y profundidad de la quemadura depende de la cantidad de energía transferida desde la fuente.

13 - Sociedad Argentina de Pediatría. *Manual de Prevención de accidentes*. Ediciones SAP, 2001.

Las quemaduras químicas se suscitan cuando la víctima tiene contacto directo con sustancias cáusticas, como ácidos, álcalis o productos a base de petróleo. Su gravedad se relaciona con el agente, su concentración, volumen y duración del contacto. Estos agentes químicos producen necrosis, que se puede extender lentamente durante varias horas. Una quemadura química aparentemente superficial puede derivar en una quemadura profunda en el transcurso de los días, por lo que siempre deben considerarse, a priori, profundas hasta probar lo contrario.

Las medidas inmediatas para eliminar la sustancia química garantizan los mejores resultados. La húsqueda de un agente neutralizador hace que se pierda un tiempo valioso, y lo que es peor, el aumento de calor que produce la reacción neutralizadora puede ocasionar mayor daño hístico.

Las quemaduras eléctricas son el resultado de la generación de calor, que puede alcanzar 5.000 °C. Debido a que la mayor parte de la resistencia a la corriente eléctrica se localiza en el punto donde el conductor contacta con la piel, las quemaduras eléctricas suelen afectar a la piel y los tejidos subyacentes. Pueden ser de cualquier tamaño y profundidad. La necrosis progresiva y la formación de escaras suele ser de mayor intensidad y afecta a estructuras más profundas de lo que indica la lesión inicial. La lesión eléctrica, especialmente por corriente alterna, puede producir inmediatamente parálisis respiratoria, fibrilación ventricular o ambas.

Las quemaduras por inhalación son tal vez el factor determinante más importante de mortalidad en pacientes que han sufrido quemaduras, ya que tienen mucho mayor efecto que la quemadura de área de superficie corporal total o la edad. Estas lesiones se presentan en alrededor del 10 al 20% de los usuarios hospitalizados por quemaduras. Más del 50% de la mortalidad por quemaduras se atribuyen a las complicaciones pulmonares en la lesión por inhalación.¹⁴

"Es importante considerar la estación del año y cómo ésta, se relaciona con el tipo de quemadura que podría presentar un niño, es así como en invierno son mucho más frecuentes las quemaduras por caídas sobre objetos calientes, como estufas y braseros, junto con el derrame de líquidos calientes, como agua hirviendo, comida, etc. Por otro lado en verano se hacen mucho más frecuentes las quemaduras por exposición a los rayos del sol; es importante mencionar que la plancha es el objeto con el cual los niños están expuestos a quemarse durante cualquier estación del año".¹⁵

A los efectos de la estadística climatológica consideramos primavera los meses de setiembre, octubre y noviembre. En el período 1997 - 2006, la temperatura media de la primavera para el país fue 17,5 ° C (solamente 5° C más que el valor medio estacional del invierno), con un aumento de 0.6 ° C respecto al periodo 1961-1990. La primavera más fría, entre 1997 y 2006, correspondió al año 2000 con 16.8°C como promedio. La más cálida fue la del año 2002 con 18.1 °C de promedio para todo el país.¹⁶

14- Osvaldo Bello, *Urgencias y Emergencias en Pediatría Tomo II*, Uruguay: Bibliomédica;1998.

Slota, Margaret. *Cuidados intensivos de Enfermería en el niño*, México:McGraw Hill Interamericana;2000.

Grassi, Isabel. *Piel: Un problema diario en la atención de Enfermería*. En: XXXVI Congreso Nacional de Medicina Interna, XII Jornadas de Enfermería, Montevideo, Uruguay, Noviembre 2007.

El Manual Merck. Ed Harcourt/Copyright/Introducción, Edición del centenario, 10ª edición.

15- Sociedad Chilena De Pediatría: Centro de Rehabilitación Santiago de Chile-COANIQUEM.

16- Dirección Nacional de Meteorología - Dirección de climatología y documentación: aspectos generales del clima durante la primavera en el Uruguay, 23 de Setiembre de 2007.

Como ya se estableció anteriormente, todo accidente puede ser evitado mediante la identificación de factores de riesgo y la aplicación de medidas de prevención en base a estos. La *prevención* "consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades, y si en presencia de éstas a evitar sus consecuencias o secuelas así como a la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio".¹⁷

"Las actividades de prevención se agrupan según el estado de evolución en el proceso salud – enfermedad en tres niveles diferentes:

- *Prevención primaria: La O.M.S. la define como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.*
 - ✓ *Promoción de salud*
 - ✓ *Protección específica*
- *Prevención secundaria: Según la O.M.S. son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad.*
 - ✓ *Detección precoz*
 - ✓ *Tratamiento oportuno*
- *Prevención terciaria: La O.M.S. la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad.*
 - ✓ *Rehabilitación*
 - ✓ *Reinserción social*¹⁸

Según la ONU es "la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas".¹⁹

Al obtener las herramientas teóricas, que son la base científica de toda investigación, estamos formadas para llevarla a cabo, que incluye determinar las causas de quemaduras prevalentes en la población de estudio y brindar guías de prevención de quemaduras en el hogar. (Anexo V)

No solo se debe prevenir que sucedan estos hechos identificando el agente causal que prevalece en la población de estudio, sino promover cuales son las medidas o las precauciones que hay que tener en cuenta cuando se tienen niños en el hogar. La *promoción* de la salud, se define como: "toda acción que construya políticas públicas saludables, cree un ambiente de apoyo, fortalezca la acción comunitaria, desarrolle aptitudes personales, y reoriente los servicios de salud".²⁰ "Ésta es la formulación esencial del concepto de promoción de la salud, este concepto moderno de la promoción de la salud, más allá de los estilos de vida, entendiéndolo que las conductas y los estilos o modos de vida no se dan en el vacío, sino en el contexto social en que las personas viven cotidianamente, fueron adoptados por el 43avo Consejo Directivo de la O.P.S. en setiembre del 2001".²¹

17- Hernán San Martín.

18- Organización Mundial de la Salud.

19 -www.definicion.org/prevencion.

20- Carta de Ottawa, 1986.

21- www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/hpp/definicion.htm

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal, retrospectivo,

Universo: Todas las Historias Clínicas de lactantes y preescolares que ingresaron a la unidad de quemados del Centro Hospitalario Pediátrico Público de Montevideo por quemaduras en el hogar en el período comprendido entre el primero de setiembre del 2006 al primero de setiembre del 2007.

(N= 83)

Muestra: Para extraer la muestra el tipo de muestreo que se utilizó fue probabilístico y dentro de éste aleatorio simple.

(n= 44)

Se determinó una muestra de 44 registros de Historias Clínicas ya que de acuerdo a la bibliografía consultada²², una muestra de 30 casos de un universo de 100 se considera representativa para el estudio. Con la muestra de 44 registros se obtuvo una fracción de muestreo del 53%, este se calcula dividiendo el universo sobre la muestra.

En el muestreo aleatorio simple cada unidad tiene la probabilidad equitativa de ser incluida en la muestra.

Para realizar el muestreo aleatorio simple se identificó la población de estudio, se realizó la lista real de unidades o elementos de la población y luego se determinó el número que conformó la muestra y se utilizó la tabla de números aleatorios.²³

(Anexo VI)

Variables:

- Sexo.
- Edad.
- Agente causal.
- Estación del año.
- Medio socio-económico.
- Espacio físico del accidente.
- Cuidador al momento del accidente.
- Antecedentes patológicos.

Clasificación de las variables:

- Sexo: cualitativa, nominal, discreta.
- Edad: cuantitativa, discreta, simple.
- Agente causal: cualitativa, nominal, simple.
- Estación del año: cualitativa, nominal, simple.
- Medio socio-económico: cualitativa, ordinal, simple.
- Espacio físico del accidente: cualitativa, nominal, simple.
- Cuidador al momento del accidente: cualitativa, nominal, simple.
- Antecedentes patológicos: cualitativa, nominal, simple.

22- Ander Egg Ezequiel. *Como elaborar un proyecto*, 15ª ed., (s f); Lumen/Humanitas: 1982.

23- Canales, Pineda, Alvarado. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personas de salud*, USA, OMS – OPS, 2ª ed; 1994.

Conceptualización de variables:

- Sexo: distinción biológica que clasifica a las personas en hombres y mujeres.
- Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo al momento actual.
- Agente causal: fuente, objeto o sustancia con capacidad de producir un efecto.
- Estación del año: temporadas en que se divide el año solar debido a la inclinación del eje de la tierra respecto al plano de la órbita.
- Medio socio-económico: elemento o entorno en que vive un ser y, por extensión, circunstancias sociales y económicas en que vive una persona.
- Espacio físico del accidente: lugar específico donde se produjo el accidente.
- Cuidador al momento del accidente: persona responsable del cuidado del niño al momento del accidente.
- Antecedentes patológicos: resumen global del estado de enfermedad de una persona hasta la fecha, incluyendo todos los datos referentes a alteraciones cognitivas, alteraciones sensitivas y/o alteraciones motoras.

Extensión de las variables:

- Sexo: femenino, masculino.
- Edad: 0, 1, 2, 3, 4, 5 años.
- Agente causal: térmicos, químicos, eléctricos, por inhalación.
- Estación del año: verano, otoño, invierno, primavera.
- Medio socio-económico: aceptable, deficitario, muy deficitario.
- Espacio físico del accidente: cocina, comedor, cuarto de baño, dormitorio, living.
- Cuidador al momento del accidente: niño, adolescente, adulto, adulto mayor, ninguno.
- Antecedentes patológicos: alteración cognitiva, alteración sensitiva, alteración motora, sin alteración.

CRITERIOS DE RECOLECCION, TABULACIÓN Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE DATOS.

- **Recolección de datos:**

Recopilación Documental: Búsqueda de registros en Historias Clínicas de lactantes y preescolares que ingresaron a la unidad de quemados del Centro Hospitalario Pediátrico Público de Montevideo en el período anteriormente mencionado.

- **Instrumento para la recolección de datos:**

Formulario general el cual incluye las variables determinadas con instructivo para completar el mismo. (Anexo VII)

- **Tabulación de los datos:** Tablas de frecuencia uni-variadas.

- **Representación gráfica de los resultados:**

- Diagrama de barras.
- Diagrama sectorial.

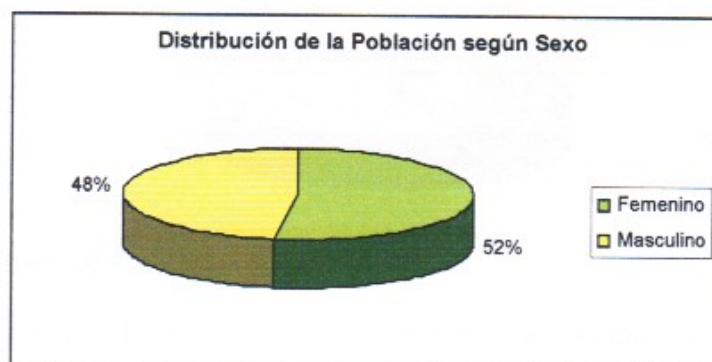
RESULTADOS

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Distribución de la Población según Sexo.

SEXO	FA	FR %
Femenino	23	52
Masculino	21	48
N	44	100

Gráfico N° 1: Distribución de la Población según Sexo.



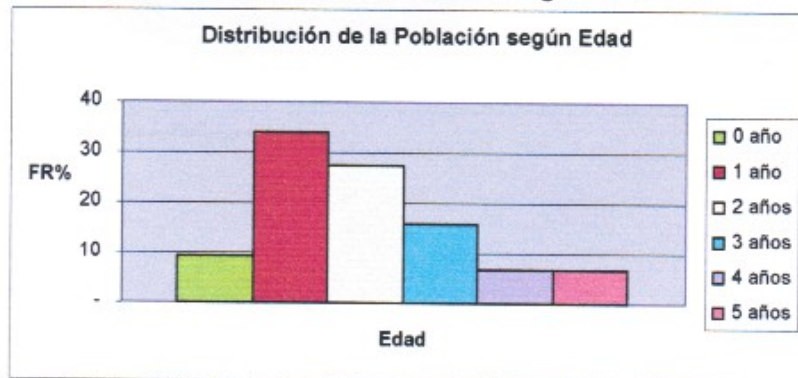
Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 2: Distribución de la Población según Edad.

EDAD	FA	FR %
0 año	4	9
1 año	15	34
2 años*	12	27
3 años	7	16
4 años	3	7
5 años	3	7
N	44	100

*En este valor están incluidos los niños que tienen más de 2 años y un día.
Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Gráfico N° 2: Distribución de la Población según Edad.

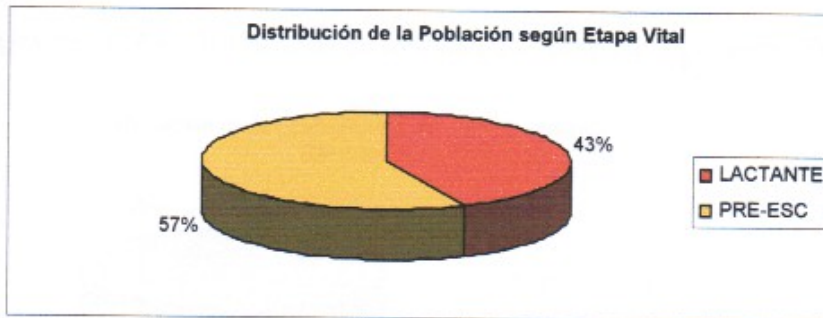


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 3: Distribución de la Población según Etapa Vital.

EDAD	FA	FR %
LACTANTE	19	43
PRE-ESC	25	57
N	44	100

Gráfico N° 3: Distribución de la Población según Etapa Vital.

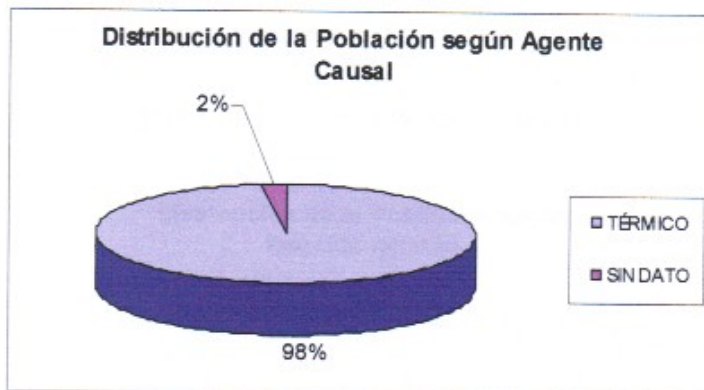


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 4: Distribución de la Población según Agente Causal.

AGENTE CAUSAL	FA	FR %
TÉRMICO	43	98
SIN DATO	1	2
N	44	100

Gráfico N° 4: Distribución de la Población según Agente Causal.

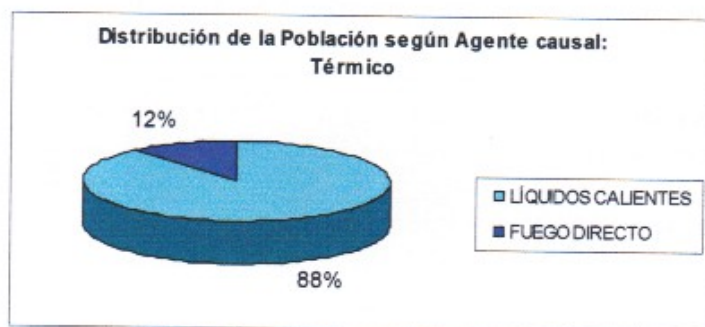


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 4.1: Distribución de la Población según Agente Causal: Térmico.

TÉRMICAS	FA	FR %
LÍQUIDOS CALIENTES	38	88
FUEGO DIRECTO	5	12
N	43	100

Gráfico N° 4.1: Distribución de la Población según Agente Causal: Térmico.

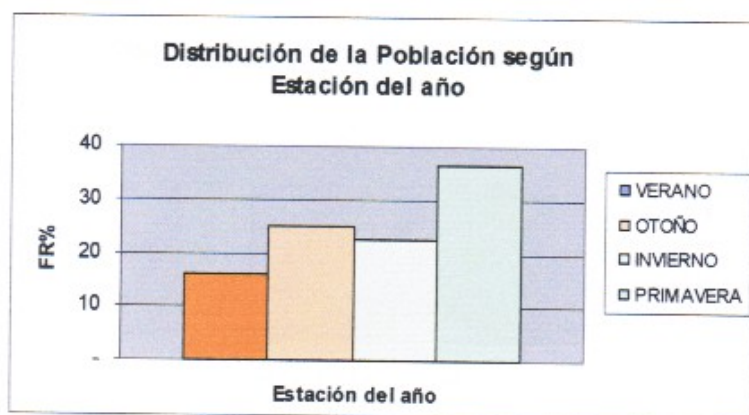


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 5: Distribución de la Población según Estación del año.

ESTACIÓN DEL AÑO	FA	FR %
VERANO	7	16
OTOÑO	11	25
INVIERNO	10	23
PRIMAVERA	16	36
N	44	100

Gráfico N° 5: Distribución de la Población según Estación del año.

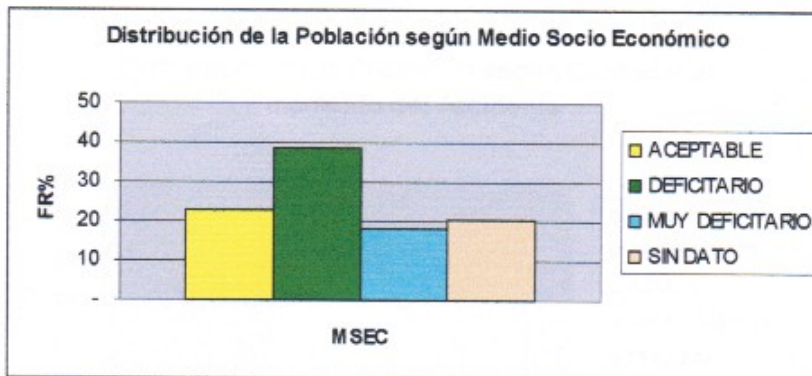


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 6: Distribución de la Población según Medio socio-económico (M.S.E.).

M.S.E.	FA	FR %
ACEPTABLE	10	23
DEFICITARIO	17	39
MUY DEFICITARIO	8	18
SIN DATO	9	20
N	44	100

Gráfico N° 6: Distribución de la Población según Medio socio-económico.

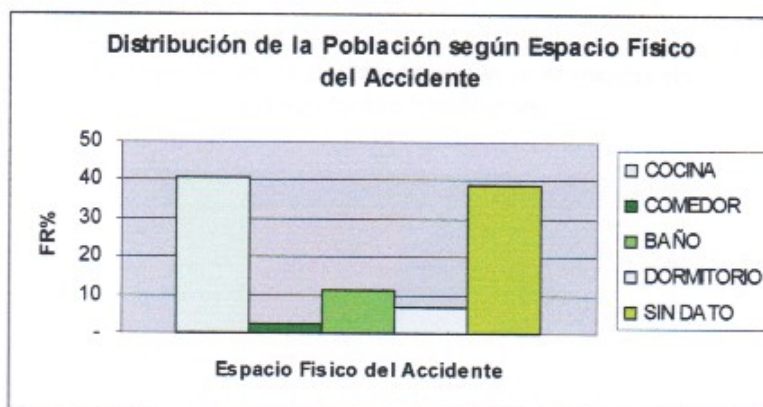


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 7: Distribución de la Población según Espacio Físico del Accidente.

ESPACIO FÍSICO	FA	FR %
COCINA	18	41
COMEDOR	1	2
BAÑO	5	11
DORMITORIO	3	7
SIN DATO	17	39
N	44	100

Gráfico N° 7: Distribución de la Población según Espacio Físico del Accidente.

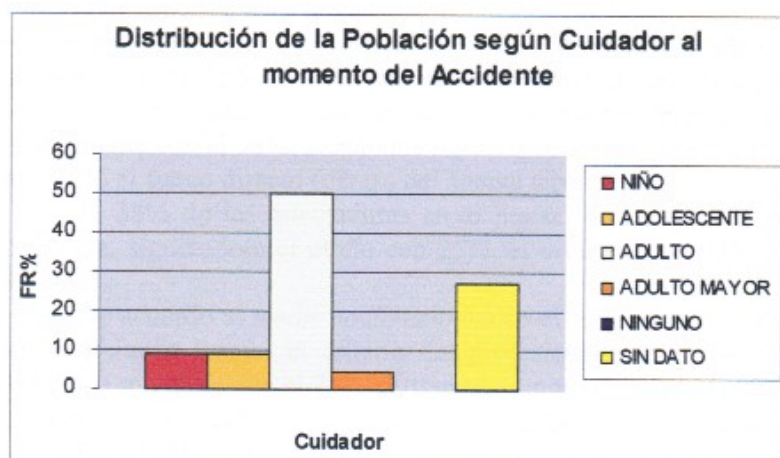


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 8: Distribución de la Población según Cuidador al momento del accidente.

CUIDADOR	FA	FR %
NIÑO	4	9
ADOLESCENTE	4	9
ADULTO	22	50
ADULTO MAYOR	2	5
NINGUNO	0	
SIN DATO	12	27
N	44	100

Gráfico N° 8: Distribución de la Población según Cuidador al momento del accidente.

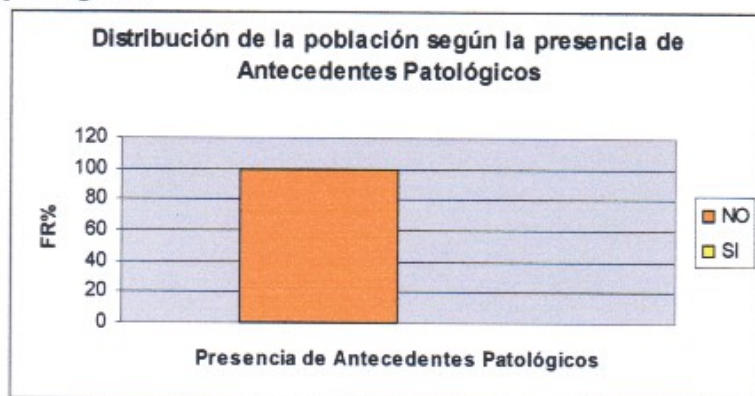


Fuente: Registros de Historias Clínicas.

Tabla N° 9: Distribución de la Población según presencia de Antecedentes patológicos.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	FA	FR %
NO	44	100
SI	0	0
N	44	100

Gráfico N° 9: Distribución de la Población según presencia de Antecedentes patológicos.



Fuente: Registros de Historias Clínicas.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 1° de setiembre del 2006 al 1° de setiembre del año 2007, se registró el ingreso de 83 lactantes y preescolares a la unidad de quemados del Centro Pediátrico Público de Montevideo por quemaduras en el hogar. Mediante un ejercicio de muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 44 registros.

En base a estos registros incluidos en las Historias Clínicas, se pudieron extraer los datos presentados a continuación.

El 52% de los usuarios corresponde al *sexo* femenino y el 48% al *sexo* masculino.

Se observa que el 57% de los casos son niños en *edad* preescolar, mientras que el 43% corresponde a lactantes. Dando mayor precisión a estos datos, el 34% de los niños accidentados por quemaduras tienen 1 año, el 27% 2 años, el 16% 3 años, el 7% 4 años y otro 7% de 5 años. Es importante destacar que el 9% son menores de un año.

Con respecto al *agente causal*, el agente térmico es el que predomina notoriamente con el 98%, siendo los líquidos calientes la causa en el 88% de los casos y en el 12% el fuego directo (dentro del agente térmico).

El 36% de las quemaduras en el hogar de lactantes y preescolares ocurre en primavera, siguiéndole el otoño con 25%, el invierno con 23% y finalmente el verano con 16%.

De acuerdo al *medio socio-económico* el 57% pertenece a un medio deficitario o muy deficitario (según el criterio del profesional encargado de determinarlo en ese momento) mientras que el 23% pertenece a un nivel aceptable. Es de suma importancia destacar que en el 20% no se obtuvo datos acerca de esta variable.

En el 50% de los casos se registra que la persona *responsable del niño* accidentado es un adulto, y el 18% está acompañado por un menor (niño o adolescente), mientras que no se cuenta con el registro en el 27% de los casos.

En cuanto al *espacio físico donde se produce el accidente* dentro del hogar, el 41% sucede en la cocina y un 11% ocurre en el baño. El 39% de los registros no contienen el dato.

En el 100% de los casos no se constata la presencia de *antecedente patológico* sensorial, motor y/o cognitivo.

ANÁLISIS

La identificación del agente causal en conjunto con otras variables nos brinda antecedentes significativos de accidentes por quemaduras. Esto permite conocer los diferentes factores de riesgo que se toman como punto de partida en la prevención. Ésta última es considerada la estrategia más adecuada para que estos sucesos imprevistos disminuyan, aunque en el común de las personas existe la tendencia a pensar que estos ocurren y no se pueden evitar porque son "accidentes".

Los accidentes según la OPS se caracterizan por la falta de intencionalidad, que suceden fortuitamente o por casualidad, pero concordando con la bibliografía argentina creemos que no suceden como una casualidad, sino como una causalidad por lo tanto se pueden evitar.

Es fundamental el trabajo de la enfermera pediátrica, ya que aporta la información necesaria para optimizar las estrategias de prevención, contribuyendo también al desarrollo de esta capacidad en los padres o responsables de los niños, dato no menor, siendo el ambiente doméstico donde más ocurren los accidentes. A través del aporte de guías de prevención, estamos colaborando a fortalecer el primer nivel de atención, el cual se encuentra enmarcado dentro de la función asistencial.

Según la investigación el sexo no es un determinante de las quemaduras, ya que casi la misma cantidad de niños y niñas se queman por igual; esto se contradice con la bibliografía chilena que refiere que los niños varones se queman con mayor frecuencia debido a su "espíritu más aventurero".

Los lactantes y preescolares son sumamente vulnerables a los accidentes, ya que desconocen el peligro. Día a día van adquiriendo diferentes capacidades, se van volviendo más independientes, dominan la marcha y las actividades motoras más complejas; todos estos aspectos los colocan en situaciones riesgosas cuando el entorno no está adaptado para la presencia del niño. El desarrollo se lleva a cabo en su máxima expresión cuando se conjugan la genética y el entorno, cada niño nace con determinadas capacidades latentes que se van desarrollando de acuerdo a los estímulos externos. Se debe proveer de un ambiente favorable para que las potencialidades del niño se desarrollen. Esta información es muy importante para enfermería, ya que permite conocer exactamente dónde están los factores de riesgo; la edad y las condiciones de vida son datos fundamentales para valorar, y la base para un plan de prevención específico para cada niño.

La edad del niño denota en qué etapa de su crecimiento y desarrollo normal se encuentra, esto incluye la capacidad que tiene de comprender donde están los límites, qué puede hacer y que no. Esto se ve reflejado en la presente investigación, siendo el preescolar menor (2-4 años) y el lactante mayor (1-2 años) los más afectados ya que ante las advertencias sienten curiosidad y la necesidad de explorar. Por otro lado el preescolar mayor (4-5 años) tiene la capacidad de razonar ante este tipo de situaciones. A esa edad suelen responder positivamente a las advertencias de los padres, tienen más iniciativa pero necesitan la aprobación de ellos y/o adulto responsable. Podemos afirmar que quienes más se queman son los menores de tres años incluidos, ya que no es el fin determinar si los que se queman más son los lactantes o preescolares, esto difiere a que el grupo de mayor riesgo para quemarse son los menores de 5 años según plantea la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

El agente causal que predominó en la totalidad de la población fue el térmico y dentro de éste los líquidos calientes, esto coincide con los datos obtenidos a partir de las fuentes consultadas.

Las quemaduras no solo forman parte de estos accidentes, sino que son causantes de importantes secuelas funcionales, estéticas y psicológicas, y tienen una tasa de morbi-mortalidad significativa. Se presentan con gran predominio en familias con medio socio-económico deficitario, hecho que puede deberse a las carencias de la infraestructura de las viviendas, los medios precarios de calefacción y preparación de los alimentos, y el nivel de instrucción de los padres o responsables de los niños, entre otros factores. Todas estas variables se incluyen dentro del medio-socioeconómico y no fueron estudiadas específicamente ya que la probabilidad de encontrarlas era escasa.

Según los resultados de la investigación, los lugares de la vivienda con más factores de riesgo son la cocina y el baño; ya que casi la totalidad de la población se quemó por líquidos calientes, la relación entre estas variables es evidente. El preescolar se higieniza y come solo pero esto no quiere decir que deban ser ellos los encargados de preparar ambas cosas, por lo contrario deben ser llevadas a cabo por el adulto responsable o por lo menos supervisadas por el mismo. La bibliografía chilena refiere que las horas más frecuentes en las que los niños se queman son al mediodía y alrededor de las 18 horas, lo que coincide con la preparación de los alimentos.

A diferencia de la bibliografía encontrada que indica que la mayoría de los accidentes por derrame de líquidos calientes ocurren en invierno, el resultado de este estudio denota que la mayor parte de este tipo de accidentes se da en primavera, en segundo lugar el otoño y luego el invierno. Esto se puede atribuir a las características de ésta en nuestro país, que reflejan temperaturas medias que oscilan en los 16.9 °C, y son tan solo 5 °C más que el valor medio del invierno. Esto justifica que a pesar de ser distintas estaciones las causas pueden ser las mismas por las mínimas diferencias en la temperatura. Si relacionamos que el agente causal que provoca la mayor parte de las quemaduras son los líquidos calientes, en un medio socio-económico deficitario o muy deficitario y en una primavera con estas características podemos deducir que se debe a los medios precarios para higienizarse al calentar agua por no tener termotanque. También se puede atribuir al tipo de alimentación en los meses de frío, sin contar con el mate que se toma en menor o mayor frecuencia durante todo el año.

La mitad de los niños quemados estaban bajo la responsabilidad de un adulto, lo que afirma la definición de accidente, estableciendo que aún en la compañía de adultos los niños se queman. Por lo tanto no existiría relación entre accidentes por quemadura y la presencia de un cuidador. Esto coincide con el estudio del CHPR, a pesar de ser un estudio que incluye un grupo etéreo más amplio al que planteamos en esta investigación, ya que refiere que el 98% de los niños se encuentran acompañados por los padres.

En el estudio citado anteriormente se tomó en cuenta la presencia de antecedentes patológicos, teniendo como resultado que un 14.4% padecía de una alteración motora y sensorial. En este estudio no se constató la presencia de dicha variable como factor influyente de los accidentes.

Existe un importante sub-registro en las siguientes variables: medio socio-económico, espacio físico, y cuidador al momento del accidente. Debido a esto, creemos conveniente la elaboración de un sistema de registro de valoración más amplio para obtener una visión detallada de cómo sucedió el accidente para elaborar e implementar planes de prevención y promoción de la salud con ayuda de las guías proporcionadas y a través de ellas recordarle o hacerle saber a toda la población posible que: "Pequeños errores llevan a grandes accidentes".

En concordancia con la Sociedad Argentina de Pediatría, aún queda abierta la interrogante si el término "accidente" es el que amerita este hecho que impacta a la población en diferentes aspectos.

CONCLUSIONES

En el trabajo final de investigación se logró cumplir con los objetivos planteados, ya que se caracterizó a través de un muestreo aleatorio 44 registros de lactantes y preescolares quemados en el hogar de un total de 83 en el período establecido anteriormente, e identificar el agente causal predominante en el período de un año, siendo éste el térmico, y dentro del mismo los líquidos calientes.

Según la presente investigación, podemos decir que los resultados son: niños en edad preescolar de ambos sexos que presentan quemaduras térmicas por líquidos calientes dentro del hogar, específicamente en la cocina, en un medio socio-económico deficitario o muy deficitario, acompañado por un adulto, sin grandes diferencias con respecto a la estación del año debido a las características frías de la primavera en el Uruguay.

Como enfermeras formadas para adoptar un enfoque integral frente al usuario, consideramos datos de importancia: la persona responsable del niño al momento del accidente, dónde se quemó (espacio físico del hogar), y factor socio-económico. Estas variables que no se encuentran registradas en una suma importante de Historias Clínicas, y son pilares fundamentales para tener una visión más amplia de las características del accidente. Esta información también orienta en cuanto a las directrices de los planes de educación y prevención de futuros accidentes, y así contribuir a disminuir la incidencia y la morbi-mortalidad por éstos.

Los lactantes tienen una movilidad más limitada con respecto al resto de la población que compone la muestra, por lo que son completamente dependientes del cuidado de los adultos para prevenir dichos accidentes.

Consideramos que todos, tanto nosotros como profesionales de la salud como los usuarios, deberíamos modificar el concepto instalado en la sociedad acerca de los accidentes y no catalogarlos como tales ya que si no, no serían prevenibles. A través del proceso de investigación, vimos que existen factores que predisponen al niño en este caso particular a que presente quemaduras en el ámbito del hogar, y que si trabajáramos sobre estos factores mediante la prevención en salud podrá disminuir notoriamente la tasa de morbi-mortalidad por accidentes en niños en nuestro país, el cual continúa siendo nuestro propósito.

SUGERENCIAS

Partiendo de los resultados obtenidos, se elaboraron las siguientes sugerencias dirigidas al Centro Pediátrico donde se realizó la investigación:

- Promover las instancias de trabajo entre los padres y/o cuidadores y el personal de la salud sobre medidas de prevención de quemaduras, pudiendo utilizar las guías de prevención que fueron brindadas. En el caso de que ninguna de estas se adecuen pueden servir de base para la reelaboración de otras. Muchas medidas de prevención son relativamente simples de implementar y su costo es mucho menos elevado que afrontar las consecuencias de los accidentes por quemaduras.
- Sugerir la implementación de un sistema de registro de quemaduras para el personal que recibe al niño quemado. Dichos registros deberían comprender: edad, sexo, agente causal, antecedentes patológicos, sitio donde ocurrió, cuidador al momento del accidente, medio socio-económico incluyendo características del hogar.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los últimos datos estadísticos obtenidos por la Sociedad Uruguaya de Pediatría no se corresponden con la población de nuestro estudio, por lo que nos orientan sobre el impacto de los accidentes en pediatría en términos generales, pero no nos aportan datos específicos de causas de quemaduras en el hogar de lactantes y preescolares. Lo mismo sucede con la investigación médica acerca de la prevalencia de accidentes en niños internados en el CIIPR, el cual comprende accidentes en general, presenta otro enfoque y abarca una población que va de los 6 meses a los 19 años.
- Con respecto a las variables que guían el estudio, se planteó incluir las características del hogar, pero no resultó factible hallarlas dentro de los registros, por lo que nos limitamos a utilizar: medio socio - económico y espacio físico donde ocurrió el accidente.
- En el caso de tres variables, no se encontraron datos en un número representativo de los registros, que es un factor importante, ya que si se obtuviera esta información podría modificarse cuantitativamente la variable.
- Al realizar la búsqueda exhaustiva de una escala de clasificación del medio socio-económico, ésta no fue encontrada, por lo que extendimos la variable de acuerdo a los datos encontrados en los registros en: aceptable, deficitario y muy deficitario sin tener un soporte teórico como fundamento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg Fzequiel. *Como elaborar un proyecto*. 15ª ed., (s.l.): Lumen/Humanitas; 1982
- Bello Osvaldo. *Urgencias y Emergencias en Pediatría, Tomo II*, Uruguay: Bibliomédica; 1998
- Bendín, Linars. *Tratado de quemaduras*, México: Interamericana; 1993.
- Blumcr, Jeffrey, *Guía práctica de cuidados intensivos en Pediatría*, Tomo I, USA: Mosby Doyma Libros; 1993
- Brunner. *Enfermería Medico Quirúrgica*. 9ª ed. USA: McGraw Hill; 1998.
- Canales, Pincha, Alvarado. *Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personas de salud*. 2ª ed. USA: OMS – OPS; 1994.
- Canetti Alicia, Cerutti Ana. *Desarrollo y Familia: el niño de 0 a 5 años*, UDELAR, Facultad de Medicina, Dpto. de Psicología Medica, Uruguay: Área; 2001.
- Cusminsky, Lejarraga, Mercer, Martell, Fescina. *Manual de Crecimiento y desarrollo del niño*. USA: OMS – OPS; 1986.
- *Diccionario de Medicina y Enfermería Mosby*. España: Océano; 1995.
- *El Manual Merck*. 10ª ed. Ed. del centenario; 1994.
- Glizer, Isaac *Prevención de accidentes y lesiones*. O.P.S. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud N° 29; 1993.
- Grassi Isabel. *Piel: Un problema diario en la atención de Enfermería*. En: XXXVI Congreso Nacional de Medicina Interna, XII Jornadas de Enfermería, Montevideo, Uruguay, Noviembre 2007.
- Hernández, Sampieri. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill; 2004.
- Ketzoian, Carlos. *Estadística médica*. Montevideo, Uruguay: FEFMUR; 2003.
- Mencghello. *Pediatría*. 5ª ed., Argentina: Médica Panamericana; 1997
- Patri Alfredo. *Crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente*. Chile: Mediterráneo; 1993.
- Polit, Hungler. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, 5ª ed. USA: McGraw Hill Interamericana; 2000.
- Sabino Carlos A. *Como hacer una tesis*. 2ª ed. Argentina: Humanitas; (s.d).

- Slota, Margaret. *Cuidados intensivos de Enfermería en el niño*. México: McGraw Hill – Interamericana; 2000.
- Sociedad Argentina de Pediatría. *Manual de Prevención de accidentes*. Ediciones SAP; 2001.
- Tamayo Mario, Tamayo. *Metodología formal de la Investigación Científica*. 4ª ed. Colombia: Limaza; 1990.

- Altinier Viviana. *Prevención de quemaduras en el hogar*. (en línea) La Plata, Argentina: Año 8 N° 61 marzo 2006. (www.revistacoopninosludovica.org.ar)
- Consejo Internacional de Enfermeras. (en línea) www.icn.ch/matters_researchsp.htm - 29k.
- Diccionario de la lengua española (RAE). (en línea). www.wordreference.com
- Sociedad Uruguaya de Pediatría. (en línea). www.SUP.org.uy.
- www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/enut2002/glosariob.htm
es.wikipedia.org/wiki/Edad.
- www.saludactual.cl
- www.segurosaluduc.cl/DEFINICIONES.htm
es.wikipedia.org/wiki/Antecedente.
- www.direccionaldemeteorologia.com.uy
- www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/hppDefinition.htm
- www.definicion.org/prevencion

ANEXOS

ANEXO I:**Cronograma de Actividades:**

Actividades	Marzo-Junio 2007	Julio-Diciembre 2007	Enero-Marzo 2008	Abril 2008	Mayo 2008	Junio-Julio 2008	Agosto 2008
Elección del tema							
Elaboración del Protocolo de investigación							
Relevamiento de datos							
Procesamiento de datos							
Defensa del Trabajo de investigación final							

Presupuesto:

ITEMS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO
Gastos fungibles	Papelería		\$ 350
	Impresiones	1450	\$ 2900
	Disquetes/CD	10	\$ 150
	Comunicación: Internet-Cel.-Tel.		\$ 1700
	Cartuchos de impresión	2	\$ 150
	Fotocopias	500	\$ 300
Transporte	Gastos de desplazamiento de Investigadores (Urbano, Sub-urbano e Interdepartamental)		\$ 6100
Bibliografía	Compra de libro	1	\$ 250
	TOTAL		\$ 11.750

**ANEXO II: Estadísticas
SUP Comité de Accidentes, Noviembre 2007.**

TABLA N° 1: PRIMERAS CUATRO CAUSAS DE MUERTE 1-4 años

CAUSAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Accidentes	1	1	1	1	1	1	1	2
Anomalías Congénitas	2	2	2	2	2	2	3	3
Infecciones resp. Agudas	3	3	3	4	3	3	4	1
Infecciosas y parasitarias	4	-	-	3	4	-	2	-
Neoplasias	-	4	4	-	-	4	-	4

Fuente: MSP. DIGESA. Unidad de Información Nacional en Salud

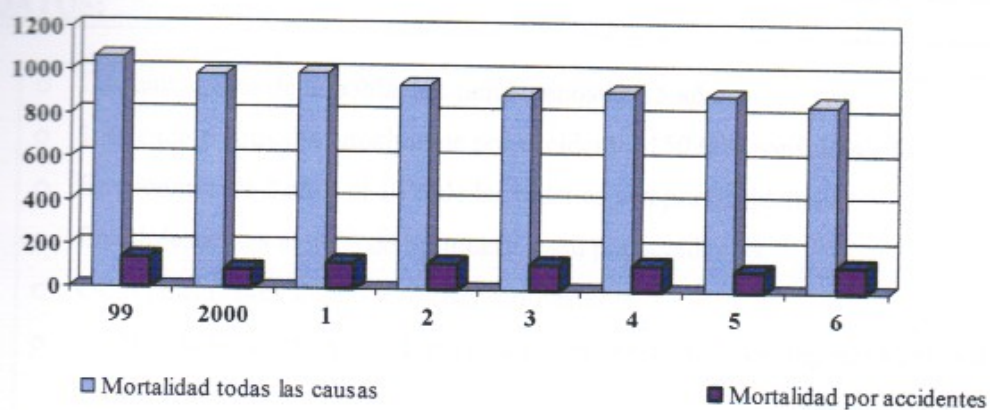
TABLA N° 2: PRIMERAS TRES CAUSAS DE MUERTE 5 - 9 años

CAUSAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Accidentes	1	1	1	1	2	1	1	1
Neoplasias	2	2	2	2	1	2	2	2
Infecciosas y parasitarias	3	-	-	-	-	-	-	-
Homicidios	-	-	3	-	-	-	-	-
Aparato circulatorio	-	3	-	3	-	3	-	3
Anomalías congénitas	-	-	-	-	3	-	3	-

Fuente: MSP. DIGESA. Unidad de Información Nacional en Salud

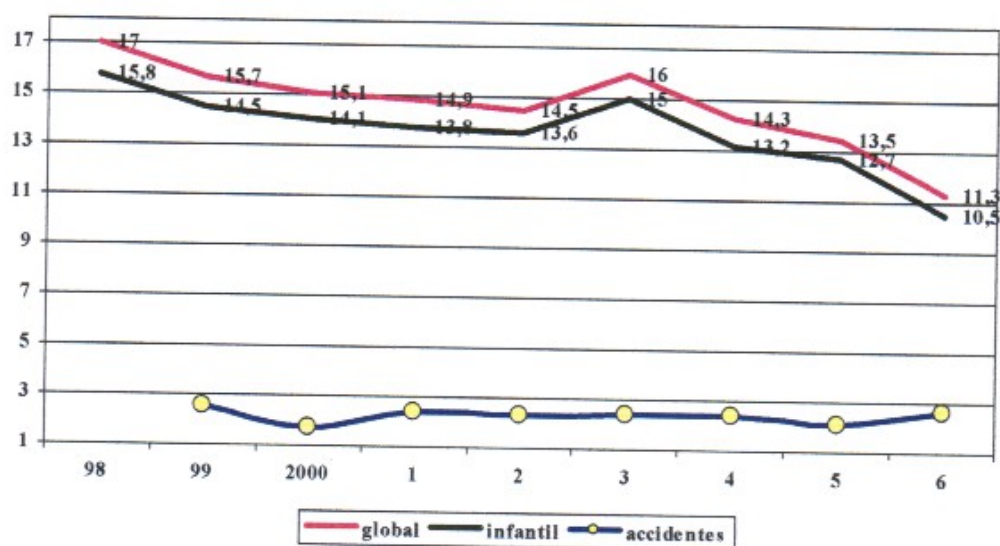
Referencia: 1: Primera causa de muerte; 2: Segunda; 3: Tercera; 4: Cuarta causa de muerte.

GRÁFICO N° 1: MORTALIDAD GLOBAL Y POR ACCIDENTES EN NIÑOS



Fuente: MSP, DIGESA. Unidad de Información Nacional en Salud

GRAFICO N° 2: TASAS DE MORTALIDAD



Fuente: MSP, DIGESA. Unidad de Información Nacional en Salud

DATOS:

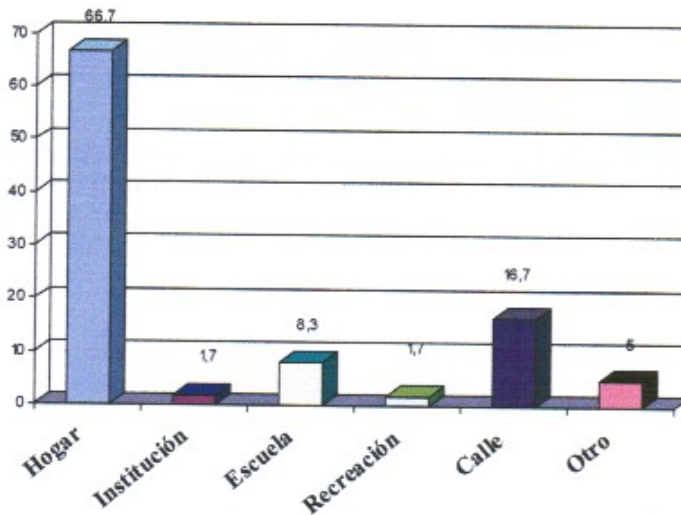
- La cuarta parte de la población tiene menos de 15 años.
- 1 de cada 6 consulta anualmente por accidente: 150.000 consultas/año
- En menores de 2 años el 10% de las muertes son por accidentes
- En adolescentes el 50% de las muertes son por accidentes.
- Otras causas prevalentes están disminuyendo
- El 20% de las consultas en Emergencia son por accidentes. Ingresan 150 niños por mes.
- El 10% de los ingresos a CTI son por accidentes. Alta mortalidad.
- Por cada niño muerto por accidente, 45 son hospitalizados y 1300 reciben tratamiento.

Fuente: SUP, Comité de Accidentes, Noviembre 2007.

Trabajo de Investigación: Prevalencia de Accidentes de niños internados en el CHPR en Junio del 2007:

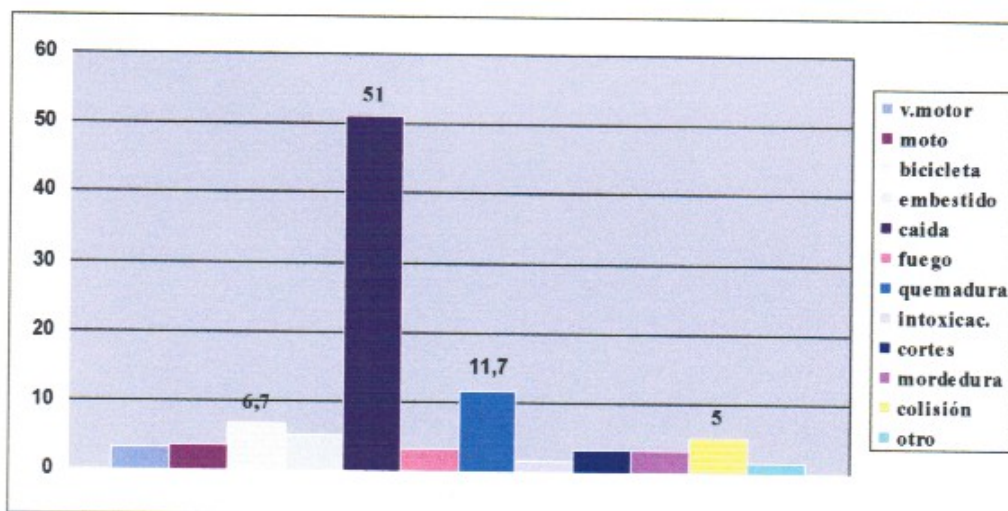
- Incluidos: 169
- Mediana: 3 años y medio
- Rango: 6 m a 19 años

GRAFICO N° 3: LUGAR DONDE SE PRODUJO EL ACCIDENTE.



Fuente: Carugati, M^a José, Illescas Amelia, Pérez Walter y bachilleres colaboradores. Trabajo de Investigación: *Prevalencia de Accidentes de niños internados en el CHPR*; junio 2007.

GRAFICO N° 4: CAUSAS DE ACCIDENTES.



Fuente: Carugati, M^a José, Illescas Amelia, Pérez Walter y bachilleres colaboradores. Trabajo de Investigación: *Prevalencia de Accidentes de niños internados en el CHPR*; junio 2007.

OTROS DATOS A DESTACAR:

Discapacidad presente en 14,4%

- Motora: 4,2 %
- Sensorial: 4,2 % (visual, auditiva)
- Otras: 6 %

¿Quién cuida?

- Padres: 86 %
- Otro adulto: 12 %
- Menor: 1%
- Nadie: 1 %

Fuente: Carugali, M^a José, Illescas Amelia, Pérez Walter y bachilleres colaboradores. Trabajo de Investigación: *Prevalencia de Accidentes de niños Internados en el CHPR: junio 2007.*

ANEXO III: Características clínicas de las quemaduras.**TABLA N° 1:** Profundidad y grado de las quemaduras.

PROFUNDIDAD	GRADO	CARACTERÍSTICAS
Superficial	Primero	Dolor local y eritema Lesión seca, sin ampollas Cicatriz en 3 a 5 días Ejemplo: quemaduras de sol
Esesor superficial parcial	Segundo	Aspecto rojo o tono marfil pálido Húmeda o con ampollas Muy dolorosa Cicatriz en 14 a 28 días, con cicatriz de magnitud variable Ocasionada por quemaduras por llamarada, escaldaduras o contacto breve con objetos calientes
Esesos parcial profundo		Jaspeada, algunas regiones de la lesión son del color de cera blanca Superficie seca Puede no diferenciarse clínicamente de de las quemaduras de espesor completo Cicatriz en forma espontánea en 15 a 40 días, a menos que la infección la convierta en lesión de espesor total
Esesor total	Tercero	Destrucción de la elasticidad de la dermis Apariencia color blanco, rojo cereza, parda o negra Apariencia seca, dura o correosa Indolora Puede requerir escarotomías si es circunferencial Ocasionada por quemaduras con llamarada, quemaduras químicas, quemaduras eléctricas o contacto prolongado con la fuente de calor
	Cuarto	Con afección de grasa, fascia, músculo o hueso Se observa en quemaduras eléctricas y quemaduras térmicas profundas

Fuente: Slota, Margaret, *Cuidados intensivos de Enfermería en el niño*, México: McGraw Hill – Interamericana; 2000.

TABLA N° 2: Características clínicas de las quemaduras según profundidad.

1° Grado Epidermis solamente	2° Grado Espesor parcial		3° Grado Espesor completo
	Dermis Superficial	Dermis Profunda	
<ul style="list-style-type: none"> -Eritema -Destrucción tisular superficial -Respuesta sistémica leve o ausente -Dolor local -Curación rápida < 4 días. 	<ul style="list-style-type: none"> -Homogénea -Rosada, dolorosa, hipersensible -Húmeda -Curación < 2 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> -Moteada, blanca -Sensación disminuida -Rara vez dolorosa -Seca -Puede no blanquearse -Curación 3-10 semanas -Habitualmente produce cicatriz -Puede limitar la función 	<ul style="list-style-type: none"> -Roja, blanca, pardo o negra -Sensación disminuida o analgesia -Seca -Deprimida -Cura solamente con cicatriz

Fuente: Bello, Osvaldo, *Urgencias y Emergencias en Pediatría, Tomo II*, Uruguay: Bibliomédica; 1998.

ANEXO IV: Conductas adquiridas entre 1 mes y 5 años.

1 a 3 meses:

Aparecen las primeras conductas de interacción. Comienza a conocer el mundo que lo rodea a través del cuerpo: boca, ojos, oído y piel. Duerme solo en su cuna y si es posible en su cuarto.

Conductas adquiridas a los 3 meses:

- tracción hasta sentarse
- boca abajo levanta la cabeza 45°
- sigue con la mirada objetos móviles
- mira el rostro del otro
- llora, ríe
- emite sonidos

3 a 6 meses:

Comienza el reconocimiento de su cuerpo y a desarrollar la coordinación óculo-manual y audio-visual. Responde a estímulos emitiendo sílabas.

Conductas adquiridas a los 4 meses:

- sostiene perfectamente la cabeza
- mueve la cabeza y los ojos en busca del sonido
- sonríe, ríe en respuesta a los juegos que los adultos le hacen
- gira la cabeza siguiendo un objeto que se desplaza lentamente a la altura de los ojos del niño.

6 a 9 meses

Aparece la prensión voluntaria. Ha fortalecido músculos del cuello, hombros y espalda. Imita gestos, actitudes y sonidos de los adultos, y percibe que los objetos permanecen aun cuando están fuera de su vista. Reconoce a los miembros de su familia.

Conductas adquiridas a los 6 meses:

- se sienta solo
- acostado se cambia de posición solo
- mantiene un objeto en cada mano
- balbucea

9 meses

Comienza el proceso de socialización e individualización. Vocaliza tratando de imitar lo que le dicen, entiende gestos, palabras. Imita voluntariamente acciones simples. Domina la prensión voluntaria. Fortalece los músculos de la deambulacion.

Conductas adquiridas a los 9 meses:

- se para solo apoyado en muebles
- agarra pequeños objetos con movimiento de rastrilleo
- encuentra un objeto que se le esconde frente a su vista
- come solo, galletas, pan, etc.
- utiliza sílabas (da, a, ma, agu)

12 meses

Empieza a hacer algunas cosas solo: a caminar, colocar objetos dentro de una caja y arrastrar objetos. Emite sonidos, repite palabras y señala con gestos lo que desea. Etapa de interacción social y afectiva donde aprende pautas de convivencia familiar.

Conductas adquiridas a los 12 meses:

- camina algunos pasos tomado de la mano de un adulto
- junta las manos en la línea media (aplaude)
- prensión en pinza fina (opone índice pulgar)
- pronuncia dos o tres palabras simples (mamá, papá)
- responde con la acción a órdenes verbales simples

18 meses

Etapa de incorporación a la familia, comenzando el desarrollo de su identidad. Emite frases simples y acata órdenes sencillas. Mejora el equilibrio y la coordinación para las actividades motoras. Adquiere destrezas manuales más complejas.

Conductas adquiridas a los 18 meses:

- camina solo
- pateo una pelota
- bebe líquidos en vaso o taza
- construye torres de dos o más cubos
- cumple órdenes sencillas (señala partes de su cuerpo)
- repite tres palabras que conoce a pedido del adulto
- es capaz de señalar con el dedo lo que quiere acompañándolo de vocalizaciones
- garabatea espontáneamente

2 años

Se desarrolla su identidad e independencia, adquiriendo un lugar dentro de la familia. Disfruta al colaborar con los adultos en tareas sencillas. Es capaz de simbolizar en sus juegos situaciones cotidianas. Intenta unir palabras para expresar sus ideas. Adquiere equilibrio y coordinación en actividades complejas: caminar, saltar, correr, trepar.

Conductas adquiridas a los 2 años:

- lanza una pelota
- se para en un pie con ayuda
- construye torres de 4 cubos
- garabatea
- frente a cuatro objetos conocidos es capaz de nombrar uno
- cumple órdenes sencillas
- usa cuchara
- se saca alguna ropa

3 años

Es sociable, conversador, pregunta por todo incorporando día a día nuevas palabras. Le gustan juegos de representación de personas y situaciones cotidianas. Manifiesta placer por actividades con agua, arena, plastilina, masa; dibujar y que le narren cuentos. Comienza a ser más independiente y a tomar conciencia de los otros. Domina la marcha y actividades motoras más complejas: corre, salta, trepa.

Conductas adquiridas a los 3 años:

- se para en un pie sin apoyo en un segundo y más
- construye una torre de 5 o más cubos
- dibuja tres o más partes de la figura humana

- come solo, utilizando la cuchara sin derramar
- nombra al menos 5 objetos conocidos
- utiliza frases sencillas

- se pone alguna ropa solo, se lava y seca manos y cara
- controla esfínteres durante el día

4 años

Adquiere nuevos logros, desarrolla su independencia y perfecciona su autonomía. Es el apogeo del equilibrio motor con un mayor dominio de la rotación de muñeca y antebrazo. Su expresión verbal es más imaginativa, conversa y se interesa por todo preguntando el "por qué" de cada cosa. Escucha a los otros y es capaz de compartir juegos.

Conductas adquiridas a los 4 años:

- construye una torre de 8 o más cubos
- copia el círculo, línea recta y una cruz
- verbaliza su nombre y apellido
- da respuestas coherentes a situaciones planteadas
- salta con los pies juntos
- controla total esfínteres
- comparte juegos

5 años

Tiene iniciativas para ayudar pero necesita la aprobación de sus padres y/o adultos. Intenta llamar la atención de sus padres, sentir que lo aman y aceptan como es. Comienza a interesarse por aprender a escribir y a leer. Se siente que es grande.

Conductas adquiridas a los 5 años:

- se para en un pie sin apoyo 5 segundos o más
- salta en un pie 3 o más veces sin apoyo
- copia su nombre
- conoce el nombre de sus padres
- nombra y señala colores primarios
- usa correctamente tiempos verbales y plurales
- narra una historia breve

ANEXO V: Guías de prevención

GUÍA N° 1: Prevención en las distintas etapas del desarrollo

Etapa de 1 a 6 meses

A esta edad, el niño comienza a manipular objetos, se los lleva a la boca, logra sentarse con apoyo, sigue los objetos con la vista y comienza su curiosidad.

- No dejar recipientes con líquidos calientes cerca del niño.
- Al bañarlo, poner el agua fría primero y después el agua caliente, comprobando con su codo la temperatura.
- No cocinar, planchar, fumar o encender la cocina con el niño en brazos.
- Probar siempre la temperatura de la comida líquida y sólida en el dorso de la mano, antes de dársela al niño.

Etapa de 6 a 12 meses

A esta edad, el niño comienza a ponerse de pie con apoyo por períodos breves, desarrolla pinza de prensión, busca objetos que salen de su campo visual, suspende las actividades cuando se le dice que NO, y es capaz de responder con gestos o hasta dos palabras seguidas.

- No dejar a los niños solos en la casa.
- Mantenerlos alejados de los objetos calientes, como planchas u ollas pero también de cables eléctricos, productos químicos y lugares de riesgo como la cocina o sitios donde haya tomacorrientes.
- Empezar a enseñarle órdenes cortas que contengan la palabra NO.
- No dejar recipientes con líquidos calientes a su alcance.
- No usar manteles en la mesa para evitar que el niño tire del mismo y se derrame los alimentos sobre sí.
- Cuidar que el niño no se apoye en muebles de cocina o planchadores para evitar que los objetos caigan sobre el menor.

Etapa hasta los 5 años

A esta edad el niño es capaz de realizar actividades motoras complejas, patea la pelota, participa de actividades grupales y competitivas, se viste, se baña y come solo.

- Supervisar los lugares de juego, que no estén cerca de fogatas o elementos posibles de encenderse.
- No dejar fósforos o encendedores a su alcance y explicar los riesgos de su mal uso.
- Supervisar el baño del niño, explicarle que es importante primero abrir el agua fría y luego la caliente y que en todo caso la preparación del baño debería hacerla el adulto.
- El contar historias de lesiones sufridas por otros niños, ha demostrado ser de gran ayuda para la comprensión de las medidas preventivas en los niños.

GUÍA N° 2: Prevención para quemaduras térmicas

Grupo etáreo de mayor riesgo: menores de 5 años

ESTIMADO COLEGA ACONSEJE EN EL CONTROL PEDIÁTRICO:

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 por el niño. Los mangos de ollas, sartenes, etc. deben estar hacia atrás y si es posible, cocinar con las hornallas posteriores.

Los recipientes con líquidos y/o sólidos calientes deben estar lejos del alcance de los niños y apoyados en superficie segura, evitando el uso de materiales deslizables para su apoyo (ej: manteles).

No dejar jamás la puerta del horno abierta.

Extremar cuidados con los métodos de calefacción del hogar evitando el uso de aquellos que tienen mayor riesgo de quemaduras y/o asfixia (braseros, primus, etc).

Los objetos de calefacción y/o cocción no deben estar en el suelo o cercano a él.

Si utiliza vapor como método de humidificación hacerlo en recipientes apropiados, sobre lugar seguro y controlar el tiempo de vaporización.

Guardar fósforos y/o encendedores lejos del alcance de los niños menores y enseñarles a los mayores su manejo y riesgo.

Uso de llaves de seguridad en gas de cañería y si se utilizan garrafas, que sea en lugar aireado, sobre base segura y con recipientes acordes a la superficie de la misma.

Un niño sólo en el baño puede provocarse quemaduras graves. Recordar que si el calefón no es regulado puede llegar a temperaturas muy altas.

Los niños no deben jugar con fuego u objetos encendidos.

En el camping, los niños no deben estar cerca del fogón o similares, ni deben estar descalzos próximos al mismo. Los padres deben educarlos acerca del riesgo de arrojar objetos encendidos al exterior. El adulto es quien debe asegurarse del apagado correcto del fuego.

El descuido de cigarrillos encendidos es una causa importante de accidentes en el hogar y en el exterior.

Jamás permitir que los niños manejen objetos de pirotecnia.

Guía N° 3: Prevención de quemaduras

En general

- No utilice fuegos artificiales u objetos similares.
- No fume dentro de su hogar, especialmente en la cama.
- No coloque cables eléctricos debajo de las alfombras o mantas.
- No sobrecargue la toma de corriente o enchufes.
- Mantenga los fósforos, encendedores, químicos, y velas encendidas lejos del alcance de los niños(as).
- Coloque protectores a prueba de niños sobre todos los enchufes.
- Deshágase de equipos y electrodomésticos con cables viejos o desgastados, y de extensiones que parezcan dañadas.
- Ate el exceso de cable sobrante en aquellos que sean muy largos para prevenir accidentes cuando el niño(a) muerda los cables de las lámparas u otros equipos eléctricos. Usted también puede comprar un sostenedor o carrete diseñado para esconder los excesos de cables.
- Chequee los juegos electrónicos frecuentemente para supervisar signos de uso y desgaste; cualquier objeto que emita chispas, se sienta caliente o tenga un olor poco usual debe ser reparado o desechado inmediatamente.
- Si usted necesita un humidificador o vaporizador, utilice un modelo que proporcione vapor frío en lugar de vapor caliente.
- escoja ropa para dormir que sea retardadora del fuego (flame-retardant) (poliéster o algodón tratado). Las camisetas o pantalones que no tienen una etiqueta describiéndolos como ropa para dormir generalmente no son retardadores del fuego.
- Asegúrese que los niños mayores tengan un cuidado especial cuando utilizan la plancha o la pinza eléctrica para el cabello.
- Prevenga incendios en el hogar asegurándose que usted tiene una alarma de fuego en cada piso de la casa y en cada habitación.
- Coloque la televisión y el equipo de música contra la pared para que las manos de los más pequeños no tengan acceso a la parte de atrás de estos aparatos o sus cables.
- Asegúrese que todos los cables de las luces utilizadas en fiestas especiales, como las luces del árbol de Navidad, estén correctamente aisladas (que no tengan ningún cable expuesto o roto, ligue el exceso de cables y desenchufe las luces cuando no esté utilizándolas).
- Asegúrese que las luces de noche no estén en contacto con telas como sábanas o cortinas.
- Ponga pantallas delante de las chimeneas y estufas de madera. Los radiadores y los tableros eléctricos también deben de cubrirse con pantallas.
- Mantenga los calentadores eléctricos de espacios a una distancia de 3 pies (91 centímetros) de la cama, cortinas o cualquier objeto o mueble que pueda incendiarse.
- Asegúrese de limpiar todas las chimeneas con regularidad.
- Mantenga una escalera de emergencia en los pisos superiores de su vivienda, en caso de incendio.
- Tenga un extintor de fuego instalado en cada piso de su vivienda y en la cocina.
- Asegúrese de limpiar la descarga de su secadora con regularidad.

En el baño

- Ajuste el termostato de su calentador de agua a 120 grados Fahrenheit (49 grados Celsius) o a una temperatura inferior o utilice el ajustador de temperatura media-baja (low-medium). Un niño puede ser escaldado en dos o tres segundos si la temperatura es tan sólo cinco grados más alta que 120 grados Fahrenheit (49 grados Celsius). Si usted no puede controlar la temperatura del agua caliente (por ejemplo, si vive en un apartamento), instale un dispositivo que evite quemaduras. Estos dispositivos no suelen ser muy costosos y pueden ser instalados por un fontanero.
- Introduciendo su codo, siempre pruebe la temperatura del agua que utilizará para bañar a su niño(a).
- Cuando llene la bañera o el lavamanos, siempre comience y finalice con el agua fría primero.
- Desenchufe todos los aparatos como secadores, planchas para el cabello, y afeitadoras eléctricas cuando no los esté utilizando.
- Idealmente, podría instalar interruptores de corriente en el baño.

Cocina/comedor

- No permita que su hijo(a) utilice el caminador en la cocina (la Asociación Americana de Pediatría desaconseja el uso de estos caminadores).
- No consuma bebidas calientes o sopa mientras tenga a un niño(a) sentado sobre su regazo. Tampoco transporte líquidos o comidas calientes alrededor de su niño(a). Si usted tiene que caminar llevando líquidos calientes en la cocina (como por ejemplo, un plato de sopa o una taza de café), asegúrese que usted sabe donde está su niño(a), para que no tropiece en frente de él/ella.
- No cargue a un bebé o a infante en sus brazos mientras esté cocinando.
- No caliente los biberones en el horno de microondas. El líquido puede calentarse desigualmente resultando en áreas buccas de leche materna o fórmula que pueden escaldar la boca de su bebé.
- Cada vez que cocine, voltee las manivelas de las ollas hacia la parte de atrás de la estufa, donde estén lejos del alcance de su bebé.
- Evite utilizar manteles de mesa o manteles individuales demasiado largos. Un niño(a) pequeño puede tirar de ellos y derramar una bebida caliente o voltear un plato caliente.
- Desenchufe todos los aparatos de la cocina mientras no los esté utilizando, y mantenga los cables fuera del alcance de los niños(as).
- Mantenga las bebidas y comidas calientes fuera del alcance de los niños(as).
- Bloquee el acceso a la estufa tanto sea posible. (Si lo prefiere, puede instalar una cerradura o interruptores en la estufa).

Manteniendo un ambiente seguro y cómodo para los niños(as)

Para asegurar la efectividad de sus esfuerzos para mantener un ambiente a prueba de niños(as), es una buena idea que se apoye en sus rodillas y en sus manos, como si estuviera gateando, en cada habitación de su vivienda para ver los objetos desde la perspectiva de su bebé. Preste atención al entorno que rodea a su bebé y a los objetos que podrían ser peligrosos.

Si usted opta por las menores precauciones a prueba de niños, puede cerrar las puertas (e instalar cobertores para las manivelas de las puertas) en cada una de las habitaciones donde su bebé o niño(a) no debería entrar para evitar que recorra lugares que no estén a prueba de niños(as). Los cobertores de manivelas de puertas y cerraduras a prueba de niños(as) en las puertas corredizas también son buenas medidas para evitar que sus pequeños salgan de la casa. Sin lugar a duda, el grado en el que usted mantiene su casa a prueba de niños(as) es una decisión suya. La supervisión es la mejor manera de prevenir que sus niños(as) sufran lesiones. Sin embargo, los padres más cuidadosos no siempre pueden mantener a un niño(a) seguro todo el tiempo.

Si usted tiene un bebé, un infante o un niño en edad escolar, su hogar debería ser el refugio seguro de sus pequeños donde puedan explorar su entorno mientras se desarrollan. Después de todo, tocar, agarrar, trepar, y explorar son las actividades que desarrollan el cuerpo y la mente de su niño(a).

Guía N° 4:

Sin duda alguna es uno de los accidentes de mayor impacto, tanto en el niño, como en la familia, debido a los problemas estéticos y funcionales que derivan del accidente mismo, y de un tratamiento tardío e incompleto, de hecho se considera que 4 de cada 100 niños sufren de quemaduras, especialmente en la población de niños menores de 15 años, es decir, aproximadamente 162.000 niños se queman a lo largo de un año en Chile.

¿CUALES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS QUE SE QUEMAN?

Dentro del perfil de los niños que se queman, elaborado por COANIQUEM, se determinó que:

- El mayor porcentaje, con respecto a la edad, se encuentra bajo los 6 años (83%), siendo *más frecuente entre los 2 a 5 años*, debido a que es en estas edades en donde los niños sienten mayor curiosidad por lo que les rodea y tienden a explorar más, sin tener conciencia de peligro.
- Según el sexo de los niños, se ve que se queman con mayor frecuencia los niños varones, lo que probablemente se relacione con el espíritu más aventurero que poseen.
- Rara vez las quemaduras se localizan en una sola zona específica del cuerpo, es decir, se distribuyen en más de una zona, y las más frecuentes son: manos y brazos, piernas y pies, pecho, cabeza y cuello, glúteos y genitales.
- *En cuanto al lugar de ocurrencia, claramente se identifica que los niños se queman en el 90% de los casos dentro de sus casas, y lo que es más increíble, se queman en presencia de alguno de los padres o en presencia de algún adulto que sea responsable de cuidar al niño.*
- Las horas más frecuentes en las que los niños se queman son alrededor de las 18:00 horas, y cercano al mediodía, lo que coincide con la preparación de los alimentos.

¿CON QUÉ SE QUEMAN LOS NIÑOS?

Agente causal: Porcentajes

- *Líquidos calientes: té, leche, aceite, agua, comidas. 59,6%*
- *Objetos calientes: planchas, estufas, teteras, tapa horno. 27,7%*
- *Fuego, brasas, cenizas, braseros, fósforos, fogatas. 5,5%*
- *Electricidad 3,0%*
- *Otros: fuegos artificiales, globos inflados con gases, explosivos, quemaduras de sol, agentes químicos 4,2%*

¿QUÉ HACER EN CASO DE QUE UN NIÑO SUFRA UNA QUEMADURA EN EL HOGAR?

Los siguientes consejos van orientados a las primeras atenciones que debiera recibir el niño en su casa, sean éstos proporcionados por los padres o por quienes lo están cuidando:

- Colocar la zona del cuerpo quemada bajo el chorro de agua fría corriente.
- Retirar la ropa que lo cubra bajo el chorro de agua.
- No asustarse si junto con la ropa se desprenden pedazos de piel.
- Cubrir la zona de la quemadura con un pañal o toalla limpia y seca mientras se lleve al niño al Servicio de Urgencia o Consultorio más cercano a la casa.
- No aplicar ningún tipo de pomadas, aceites ni desinfectantes sobre la quemadura.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA EVITAR LAS QUEMADURAS:

- Evitar que los niños circulen o jueguen dentro de la cocina mientras se está cocinando, o mientras haya alimentos o líquidos calientes.
- No sentar a los niños en las faldas mientras se esté comiendo alimentos calientes.
- Alejar cualquier objeto que tenga cordones de electricidad de los cuales los niños se puedan tomar para acercarlos hacia ellos, como por ejemplo: planchas, hervidores de agua, etc.
- En niños menores, delimitar los espacios de circulación (uso de corrales o delimitar los espacios con sillones), a fin de evitar que debido a su curiosidad caigan sobre estufas o braseros.
- Proteger los enchufes para evitar que los niños metan los dedos.
- No colocar estufas ni elementos generadores de calor directo cerca de las camas o cortinas por el riesgo de inflamación.
- Durante la época de verano, proteger la piel de los niños con Bloqueadores Solares o cremas que contengan Filtros Solares de preferencia sobre el Factor 30 (incluso se recomienda el uso de Factor de Protección Solar sobre 50 para niños de pieles blancas y sensibles).
- No permitir la compra y manipulación de fuegos artificiales por niños, ni adultos, hay que recordar que los niños tienden a imitar lo que hacen sus mayores. Sólo deben manipular fuegos artificiales personas que estén debidamente capacitadas para ello.

Para finalizar, es importante para las personas que trabajan en Servicios de Urgencia y Consultorios, que consideren a los padres de éstos niños como padres preocupados por la salud de sus hijos, y que ya vienen con un gran sentimiento de culpa, por lo que es más beneficioso para el niño que no se les incremine por el accidente, puesto que en la mayoría de los casos y aunque se encuentre un adulto cerca, es solo eso, un accidente.

ANEXO VI

Tabla de números aleatorios

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1	6	3	0	5	6	4	2	2	4	8	6	5	8	5	8
2	3	6	3	2	6	1	8	3	2	8	5	8	5	1	3	7
3	7	2	0	5	8	6	2	8	2	6	0	8	1	3	6	5
4	9	9	6	5	5	5	6	9	1	5	7	6	7	2	0	6
5	8	0	4	5	1	1	3	2	9	0	8	8	6	9	4	5
6	9	0	8	9	0	6	0	2	1	1	8	9	9	3	7	9
7	4	0	6	3	8	2	0	9	2	1	2	1	1	5	7	0
8	7	2	1	0	3	5	5	6	6	2	2	5	2	7	7	9
9	4	5	2	5	9	6	9	6	9	6	1	8	6	5	3	0
10	7	6	8	1	2	6	6	9	9	0	3	5	0	5	6	1
11	8	1	6	2	6	4	0	1	6	8	8	1	4	7	8	5
12	7	2	0	6	2	2	1	0	2	2	1	8	0			9
13	7	1	1	7	5	6	1	7	2	5	3	1	2	9	8	8
14	7	0	7	7	2	6	7	9	3	0	4	3	8	4	5	0
15	7	2	0	8	7	4	6	1	1	3	3	9	4	2	6	8
16	8	3	2	8	6	9	2	4	1	7	8	4	1			8
17	8	2	4	3	7	2	4	3	8	2	1	7	3			4
18	3	4	4	6	8	7	9	5	7	0	7	8	1	0	8	6
19	4	9	0	8	2	8	5	0	1	9	5	5	1			7
20	7	7	1	3	7	2	6	0	5	4	8	3	7	6	1	9
21	3	5	1	5	9	9	7	6	9	1	8	9	7			6
22	1	1	8	0	2	9	0	0	8	2	6	3	1	2	7	3
23	8	9	6	6	2	3	8	1	9	9	6	3	0	8	5	0
24	6	0	1	0	9	5	5	7	4	5	7	8	1	1	6	2
25	6	9	3	9	1	9	6	1	5	5	2	7	7	3	2	2
26	8	7	3	6	6	8	8	8	8	6	6	6	8	3	5	2
27	8	2	6	0	6	8	0	1	1	9	1	3	1	1	8	8
28	4	0	0	9	0	8	8	3	1	6	4	9	3	0	0	3
29	5	1	1	6	2	7	7	5	8	7	1	2	2	0	0	0
30	6	7	6	7	4	0	2	4	8	4	3	5	0	7	6	1
31	5	0	6	4	1	0	1	9	8	5	1	3	8	1	4	0
32	4	2	4	9	0	0	0	0	1	3	2	0	3	6	0	2
33	5	8	1	1	9	1	0	4	2	3	9	9	2	0	5	6
34	4	1	6	7	5	3	4	7	0	8	2	1	4	9	8	3
35	9	6	8	1	1	3	1	1	1	5	9	4	4	3	4	5
36	0	9	2	8	2	4	9	9	3	5	1	5	3	6	1	0
37	2	7	5	6	8	7	9	5	2	5	6	6	1	2	9	2
38	0	0	7	5	9	8	9	5	9	3	1	2	9	8	6	9
39	1	7	8	3	0	0	1	1	4	6	5	5	8	2	8	4
40	2	7	0	7	7	9			8	1	9	3	0	1	0	0

Fuente: CANALES, Pineda, Alvarado, "Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personas de salud", 2ª edición, USA, OMS - OPS, 1994.

(*) Las celdas con sombreado más oscuro representan los registros de Historias Clínicas "suplentes", se tomarán en caso de que no se cuente con los primariamente determinados.

Instructivo de uso del instrumento

- N se refiere al número de Historias Clínicas, a las cuales se les aplicará el instrumento para obtener las variables planteadas en ésta investigación
- N° de registro de Historia Clínica
- Edad: Lactantes – 1
Preescolares – 2
- Sexo: Femenino – 1
Masculino – 2
- Agente Causal: Térmicas – 1
Químicas – 2
Eléctricas – 3
Inhalación – 4
Sin dato – 5
- Estación del año: Otoño – 1
Primavera – 2
Invierno – 3
Verano – 4
- Medio socio – económico: Aceptable – 1
Deficitario – 2
Muy deficitario – 3
Sin dato – 4
- Espacio físico del accidente: Cocina – 1
Comedor – 2
Cuarto de baño – 3
Dormitorio – 4
Living – 5
Sin dato – 6
- Cuidador: Niño – 1
Adolescente – 2
Adulto – 3
Adulto Mayor – 4
Ninguno – 5
Sin dato – 6
- Antecedentes patológicos: Alteración cognitiva – 1
Alteración sensitiva – 2
Alteración motora – 3
Sin alteración – 4

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA - FACULTAD DE ENFERMERÍA
Cátedra salud del niño/a y adolescente – Trabajo de investigación final.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N	Nº de reg.	Sexo	Edad	Agente causal	Estación del año	MSE	Espacio físico	Cuidador	Antec. Patolog.
1	523539	2	1	1	3	3	6	6	4
2	397192	2	1	1	4	4	6	6	4
3	398236	2	1	1	4	3	6	6	4
4	399375	2	1	1	2	2	1	6	4
5	394384	1	1	1	2	2	3	3	4
6	395165	2	1	1	4	2	6	3	4
7	364741	1	2	1	2	1	3	3	4
8	397513	1	2	1	4	3	4	1	4
9	398348	2	2	1	4	4	6	3	4
10	397300	1	2	1	4	1	1	3	4
11	394974	1	2	1	4	2	3	3	4
12	333057	2	2	1	4	1	1	3	4
13	359677	1	2	1	4	4	3	4	4
14	334200	1	2	1	3	2	1	3	4
15	272312	2	2	1	1	2	1	3	4
16	315494	1	2	1	4	1	6	6	4
17	302170	1	2	1	1	3	1	2	4
18	358173	1	2	1	3	1	6	3	4
19	354331	1	2	5	2	2	6	3	4
20	515717	1	1	1	2	3	6	6	4
21	375028	2	1	1	1	4	1	1	4
22	520514	2	1	1	2	3	1	6	4
23	346320	2	2	1	1	3	1	3	4
24	322722	1	2	1	4	2	1	3	4
25	518933	1	2	1	3	2	1	6	4
26	517946	1	1	1	2	2	1	3	4
27	517970	2	2	1	2	2	1	3	4
28	516172	2	2	1	2	2	1	3	4
29	516010	2	2	1	2	2	6	3	4
30	515707	2	2	1	3	1	1	4	4
31	510441	1	2	1	1	2	6	6	4
32	505685	1	2	1	1	2	6	6	4
33	398353	1	2	1	4	1	2	3	4
34	398344	1	2	1	4	4	6	6	4
35	525128	1	2	1	3	4	1	3	4
36	515780	1	1	1	2	1	6	6	4
37	527322	2	1	1	3	4	6	1	4
38	525632	2	1	1	3	2	6	1	4
39	399218	1	1	1	1	1	6	3	4
40	358442	1	1	1	4	1	4	3	4
41	505788	2	1	1	4	2	1	3	4
42	391346	2	1	1	3	3	3	3	4
43	395027	2	2	1	4	3	1	3	4
44	374633	2	1	1	3	4	4	3	4



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA
FACULTAD de ENFERMERÍA



Montevideo, 17 de Abril de 2008.

Dra. Marisabel Ramirez:

Por la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de solicitar un listado de los ingresos al UNIKUER de niños de 0 a 5 años, en el período comprendido entre el 1 de Setiembre de 2006 al 1 de Setiembre de 2007.

Dicha información es necesaria ya que nos encontramos realizando la Tesis Final de la Licenciatura en Enfermería, el tema elegido es quemaduras en pediatría y para el relevamiento de datos es necesario el listado. Este último lo presentamos en el Archivo Pediátrico para poder tener acceso a las Historias Clínicas.

Es de suma importancia destacar que ya realizamos las notas formales dirigidas al Archivo Pediátrico y a la Dirección del Hospital quienes nos autorizaron para realizar el relevamiento de datos.

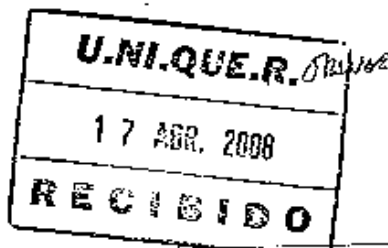
Sin más nos despedimos esperando una pronta y satisfactoria respuesta.

Saludamos ante a usted

Grupo de Tesis
Albertoni, Carolina
Iruvandi, Lorena
Liso, Natalia
Troisi, Mariangeles
Vargas Jennifer

Tutores

Prof. Adj. Ayala, Margarita
Mag. Kocha, Fany
Prof. Adj.(s) Alberro, Berina



JAIIME GIBILS 2810, Tel. (5982) 487.00.44/ 487.00.50 Fax (5982) 487.00.43
Anexo: Avda. ITALIA S/Nº Hospital de Clínicas piso 3. Tel.(5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.69.67
www.fenf.edu.uy E-mail: ceti@fenf.edu.uy

MONTEVIDEO - URUGUAY