



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
CÁTEDRA DE SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE.**



**MEDIDAS PREVENTIVAS IMPLEMENTADAS Y
TERAPÉUTICAS A IMPLEMENTAR EN EL HOGAR
REFERENTE A INTOXICACIONES POR PRODUCTOS
DE USO DOMÉSTICO.**

AUTORES:

Br. Cabral, Ana Laura
Br. Cuadra, Alexandra
Br. Mantero, Paola
Br. Piriz, María José
Br. Suárez, Melva

TUTOR:

Prof. Adj. (s)Lic. Enf. Hernández, Sandro

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

Montevideo, Noviembre de 2008

SIGLAS

APS: Atención primaria en salud

CIAT: Centro de información y atención toxicológica

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología

COHB: Carboxihemoglobina

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización Panamericana de la salud

PADI: Prevención de accidentes destinado a la infancia

PUD: Productos de uso doméstico

SUP: Sociedad Uruguaya de Pediatría

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Fundamentación.....	6
Problema y Objetivos.....	8
Marco Teórico y Conceptual.....	9
Diseño Metodológico.....	15
Tipo de estudio.....	15
Población de estudio.....	15
Criterios de Inclusión.....	15
Método e Instrumento y Procedimientos.....	15
Plan de análisis y tabulación.....	15
Definición Operacional y Conceptual de las variables.....	16
Presentación de datos.....	17
Análisis.....	25
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Referencias.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	31

RESUMEN

Se realizó una investigación de diseño descriptivo, tipo cuantitativa, de corte transversal, en la emergencia pediátrica de un centro hospitalario dependiente del MSP; con el siguiente objetivo: Conocer medidas preventivas que implementan y terapéuticas a implementar referente a intoxicaciones por productos de uso doméstico, los padres, tutores y/o cuidadores de la población en estudio.

Se escogió una muestra de 156 usuarios, por considerarla representativa, teniendo como criterios de inclusión que el entrevistado debe ser padre/madre, tutor y/o cuidador del niño, mayor de edad, poseer capacidad para mantener una comunicación interactiva (Oral), el niño no debe presentar antecedentes personales de intoxicación y el mismo debe tener entre 2 y 5 años de edad.

Para la recolección de los datos, el método escogido fue la encuesta y el instrumento la entrevista estructurada, que constó de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

La edad media de la muestra fue 3.25 años, el desvío de 1.3 años y la moda de 2 años de edad, siendo la distribución de la población según sexo/edad, la mayoría correspondieron a niños de 2 años para ambos sexos y en segundo lugar niñas de 5 años de edad.

Como medidas preventivas implementadas en el hogar se concluyó que si bien la totalidad de los entrevistados consideran que implementan dichas medidas, se observa que un alto porcentaje (65.4%) manifiesta que almacena los PUD fuera del alcance de los niños, aunque solo un 19.2% lo hace bajo llave; el 78.8% conserva los mismos en su envase original y el 64.1% sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos previo al uso de un PUD.

El 62.8% de la población manifiesta no contar con información sobre intoxicación por PUD y quienes contaban en su mayoría la habían obtenido por material bibliográfico (folletos, cartelería y rótulos de los envases) y no por el equipo de salud.

En cuanto a las medidas terapéuticas a implementar ante un posible suceso de intoxicación, el 90.4% de los entrevistados consultarían al centro de salud más cercano.

Se mantiene la creencia popular de inducir el vómito, administrar leche, agua o aceite ante una ingestión de PUD sin reparar en el tóxico causante.

Frente a un suceso de intoxicación por inhalación, la totalidad de los entrevistados realizarían las medidas terapéuticas indicadas como son: retirar al niño del lugar de exposición y ventilar la habitación donde se produjo la misma.

En caso de una intoxicación por contacto la mayoría de los entrevistados implementarían medidas terapéuticas indicadas.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de Facultad de Enfermería, cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería.

La pregunta problema que orientó la presente investigación ha sido ¿Cuáles son las medidas preventivas que implementan y terapéuticas a implementar referente a intoxicaciones por productos de uso doméstico, los padres, tutores y/o cuidadores de los niños entre dos y cinco años de edad que consultan en la puerta de emergencia pediátrica de un centro hospitalario dependiente del MSP, en el período comprendido entre el 23 al 30 de julio del 2008?

Se decidió estudiar sobre dicha temática ya que las intoxicaciones por productos de uso doméstico se ubican en segundo lugar en frecuencia dentro de las consultas al CIAT en la población pediátrica.

El tipo de estudio que se realizó fue de diseño descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

Para el relevamiento de información el método escogido fue la encuesta y el instrumento la entrevista, una vez relevados los datos se procesaron utilizando la estadística descriptiva, presentando la información en tablas, cuadros y gráficos.

De la distribución de la población según sexo/edad, el mayor porcentaje correspondió a niños de 2 años para ambos sexos y en segundo lugar niñas de 5 años de edad.

Como medidas preventivas implementadas en el hogar se observó que si bien la totalidad de los entrevistados consideran que implementan dichas medidas, se observa que un alto porcentaje (65.4%) manifiesta que almacena los PUD fuera del alcance de los niños, aunque solo un 19.2% lo hace bajo llave; el 78.8% conserva los mismos en su envase original y el 64.1% sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos previo al uso de un PUD.

El 62.8% de la población manifiesta no contar con información sobre intoxicación por PUD y quienes contaban en su mayoría la habían obtenido por material bibliográfico (folletería, cartelería, rótulos de los envases) y no por el equipo de salud.

En cuanto a las medidas terapéuticas a implementar ante un posible suceso de intoxicación, el 90.4% de los entrevistados consultarían al centro de salud más cercano.

Ante una ingestión de PUD se mantiene la creencia popular de inducir el vómito, administrar leche, agua o aceite sin reparar en el tóxico causante, y en el caso de una intoxicación por inhalación, la totalidad de los entrevistados realizarían las medidas terapéuticas recomendadas como son: retirar al niño del lugar de exposición y ventilar la habitación donde se produjo la misma y en caso de una intoxicación por contacto la mayoría de los entrevistados implementarían medidas terapéuticas indicadas.

FUNDAMENTACIÓN

La motivación fundamental que centró la atención en el estudio de ésta temática, fue la de interiorizarse acerca de la importancia que representan las intoxicaciones en la población pediátrica del Uruguay.

Las mismas ocupan el quinto lugar en frecuencia en morbimortalidad, según datos obtenidos por el CIAT del año 2005. Dentro de las intoxicaciones en pediatría el producto causante que ocupa el primer lugar en frecuencia son los medicamentos y en segundo lugar los PUD.

Mediante un relevamiento de bases de datos epidemiológicos correspondientes a otros países del mundo, se observó que la incidencia de los sucesos no se mantiene constante.

En Cuba el 61.2% de las consultas correspondieron a intoxicaciones, siendo el grupo etáreo de mayor riesgo los niños de cero a cuatro años de edad. Cabe destacar que el 83.5% se generaron dentro del hogar ocupando el segundo lugar en frecuencia los productos de uso domésticos (17.63%).¹

Según datos aportados por la Revista Chilena de Pediatría, el 7% de las consultas fueron consecuencia de intoxicaciones², mientras que en México correspondieron el 61.3% siendo la edad de mayor prevalencia de cero a diez años.³

En Inglaterra hubo 45 mil consultas anuales por intoxicaciones accidentales en niños menores de 5 años y en Estados Unidos dicha cifra ascendió a 1.300.000 según datos procedentes de las consultas en los centros de toxicología.⁴

En el año 2005 el CIAT, registró 9.937 consultas, de las cuales 4.249 (42.7 %) fueron presuntas intoxicaciones en pediatría. Para esta franja etárea, las intoxicaciones ocurrieron en un 92 % (3.909 consultas) en el domicilio, lugar donde el niño pequeño pasa la mayor parte del tiempo.

De la revisión del registro de consultas recibidas en el CIAT, el 54.25 % de las mismas correspondieron a niños en edad preescolar⁵, en dicho período surge que hubieron un total de 2169 (23.10%) consultas por intoxicaciones por PUD.

Es importante tratar el tema de las intoxicaciones desde un enfoque preventivo dado que las consecuencias de las mismas pueden manifestarse en complicaciones leves y severas.

En la intoxicación por hidrocarburos destacamos efectos tales como la depresión neurológica y la irritación de piel y mucosa; en el alcohol etílico depresión del sistema nervioso central e hipoglicemia; en el monóxido de carbono las hipoxias con las consiguientes repercusiones a nivel tisular.

Las más severas dentro de las intoxicaciones por PUD son las ingestas de cáusticos o corrosivos, en las cuales se describen secuelas graves como estenosis esofágicas o gástricas cuyo daño puede ser permanente afectando el crecimiento y desarrollo.⁴

¹ Revista Cubana. Pediatría. Volumen 74. Número 1. Ciudad de la Habana. Enero-Marzo 2002.

² Revista Chilena. Pediatría. Volumen 70. Número 4. Ciudad Santiago. Julio 1999.

³ XXIV Congreso Nacional de Investigación Biomédica. México 2007.

⁴ Pediatría. Urgencias y Emergencias. O. Bello. G. Sehabiague. J. Prego. Bibliomédica ediciones. Uruguay 2003.

⁵ www.ciat.hc.edu.uy

PROBLEMA

¿Cuáles son las medidas preventivas que implementan y terapéuticas a implementar referente a intoxicaciones por productos de uso doméstico, los padres, tutores y/o cuidadores de los niños entre dos y cinco años de edad que consultan en la puerta de emergencia pediátrica de un centro hospitalario dependiente del MSP, en el período comprendido entre el 23 al 30 de julio del 2008?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer medidas preventivas que implementan y terapéuticas a implementar referente a intoxicaciones por producto de uso doméstico, los padres, tutores y/o cuidadores de la población de estudio.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar medidas preventivas que implementan los padres, tutores y/o cuidadores de los niños.
- Determinar medidas terapéuticas que implementarían los padres, tutores y/o cuidadores de los niños ante un posible evento.
- Identificar la información que posee la familia con respecto a dicha temática.
- Conocer fuente de información de los padres, tutores y/o cuidadores de los niños con referencia al tema.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La infancia se define como el período comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años de edad, aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus áreas serían las físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socio afectivas, determinadas por factores biológicos y ambientales.⁶

El crecimiento, indica un cambio en cantidad; el aumento en el número y tamaño de las células, se refleja en aumento del tamaño y peso del conjunto de cualquiera de sus partes mientras que el desarrollo, envuelve un cambio cualitativo de una etapa de menor complejidad a una más avanzada experimentando una expansión de las capacidades que le permiten una mayor facilidad en el funcionamiento; a través del proceso de maduración, es el aumento en competencia y adaptabilidad⁷.

El desarrollo del niño se da en el marco de un proceso interactivo, resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establezca entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrolle. Según la teoría de desarrollo cognitivo de Jean Piaget, lo que facilita el proceso de desarrollo es la fuerza de la maduración, resultado de las experiencias y del medio ambiente. Éste crecimiento cognitivo resulta de la asimilación, que es obtener una nueva información acerca del mundo y acomodación, es decir cambiar sus propias ideas para adquirir un nuevo conocimiento⁸.

El rol que ocupa la familia en dirigir y acompañar al niño en sus diferentes etapas, es de suma importancia, manteniendo la salud mediante la educación y la prevención de accidentes. La familia se define como “*grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio.*”⁹

La prevención es una de las estrategias que utiliza la APS y se define como métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y en presencia de éstas, evitar sus consecuencias o secuelas así como la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio.

Según San Martín: Atención Primaria en Salud (APS) es “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos, familias mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todo y cada una de las etapas del desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación*” (Conferencia de Alma-ata, 1978).

También es importante tener en cuenta que hay distintos niveles de prevención:

- Prevención Primaria: según la OMS, todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos. Consiste en promoción de la salud y protección específica.
- Prevención Secundaria: según la OMS, son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad. Consiste en detección precoz y tratamiento oportuno.
- Prevención Terciaria: según la OMS, son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo los sucesos que pueden

⁶ Definiciones.org disponibles en: www.definicion.org/infancia (fecha de acceso: 22/01/08)

Manual definiciones.org disponibles en: www.definicion.org/infancia (fecha de acceso: 22/01/08)

⁷ Miguel Martell, Manual de crecimiento y desarrollo, OPS, Publicación científica del CLAP N° 1062.

⁸ Material proporcionado por Cátedra de Atención al Niño y Adolescente en año 2005, Fundación Nueva Luna

⁹ Definición de la OMS

invalidar a una persona, consecutivos a la enfermedad.¹⁰

“A las lesiones físicas no intencionales, generalmente se les llama accidentes, término inadecuado, debido a que tiene una connotación de suceso inesperado, atribuido al azar””por lo tanto, los mal llamados “accidentes”, tienen su estructura causal y no son casuales. No obstante, en el uso del lenguaje científico y popular, para evitar confusiones, se sigue utilizando esta palabra para denominar las lesiones físicas no intencionales.”¹¹

Las intoxicaciones son accidentes y como tales evitables, para favorecer su prevención se debe conocer los factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan para poder detectarlos en el hogar y tomar las medidas preventivas que correspondan.

“La intoxicación es un estado patológico determinado por la introducción en el organismo de sustancias tóxicas o venenosas, que provocan enfermedad o alteración funcional sin necesidad de sensibilización previa. Intoxicación es sinónimo de enfermedad y no meramente de ingestión de un tóxico”¹².

La mayoría de estos accidentes son ingestiones o exposiciones que no llevan al estado de intoxicación, si bien ante la duda debe considerarse como un suceso potencial del mismo. En la atención inicial del paciente intoxicado es fundamental diferenciar los que no requieren una actuación inmediata, se interna para observación como mínimo 24 horas en sala de emergencia a todo niño que se sospeche de ingestión y/o exposición accidental a diferentes agentes aún cuando se presente asintomático o con síntomas clínicos o exámenes de laboratorio alterados.

Las mismas representan un tipo de patología particularmente dinámica. En primer lugar para ejercer sus efectos el agente químico debe absorberse, circular y llegar a los receptores o células blancas. La duración de la expresión clínica es en función de la duración de la vía del producto en el organismo (tóxico cinética) y de la capacidad del organismo de reconstruir su función o reparar el daño.

Se considera tóxico toda *“sustancia que puede producir algún efecto nocivo sobre todo ser vivo, alterando sus equilibrios vitales”*

Como formas de ingestión de los tóxicos tenemos:

- *Ingestión accidental: la más frecuente. Predomina entre los 2-4 años y se descubre al ver al niño o por la aparición de signos clínicos.*
- *Error terapéutico: producido por familiar o equipo de salud, a cualquier edad, grave, descubierto por la aparición de signos clínicos.*¹³

Factor de riesgo: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Atributos:

- ❖ Cambio de envase original del producto.
- ❖ Producto al alcance del niño.
- ❖ Almacenamiento en muebles sin tranca.
- ❖ Ausencia de medidas de prevención.

¹⁰ Enfermería Comunitaria I

¹¹ Dr. Carlo A. Cáffaro López, Temas prevención de accidentes en el hogar,

¹² Ferrari, Ana María Atención Pediátrica, pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención

¹³ Archivo de Pediatría del Uruguay

- ❖ Falta de información sobre intoxicación, de los padres, tutor y/o cuidador del niño.
- ❖ Niño solo en su hogar.
- ❖ No cerrar herméticamente los envases que contienen productos de limpieza o potencialmente tóxicos.
- ❖ Ambiente mal ventilado.

Factores de riesgo de intoxicación relacionado a la edad:

- ❖ Los niños con edad de caminar pueden intoxicarse cuando se dejan a su alcance sustancias potencialmente tóxicas, toman cualquier cosa que les parezca atractiva, se ponen en la boca todo lo que tienen en las manos o imitan las conductas de los adultos.
- ❖ El niño entre uno y cinco años es el que tiene frecuentemente exposiciones accidentales por su carácter explorador, estas son en su gran mayoría provocadas por:
 - *Medicamentos.*
 - *Productos de uso doméstico.*
 - *Plaguicidas.*

Productos de uso Doméstico.

Son la segunda causa dentro de las intoxicaciones en el Uruguay, los conforman aquellos productos que se encuentran en el hogar y no es medicamento; el hipoclorito de sodio ocupa el primer lugar, seguido por hidrocarburos (queroseno, aguarrás, entre otros), desengrasantes, cáusticos y monóxido de carbono.

La diferencia entre intoxicación por medicamentos y productos de uso doméstico, es que puede haber más de un principio activo por producto, estos productos pueden ser de procedencia internacional y en estos casos conocer la composición real, puede ser más difícil.

Los productos de uso doméstico se clasifican en:

- Productos de baja toxicidad: en este grupo se incluyen productos cuya ingesta provoca muy pocos síntomas y en general leves:
 - _ Cosméticos.
 - _ Artículos escolares.
- Productos de potencial toxicidad: en este grupo se destacan por su frecuencia:
 - a) Hidrocarburos.
 - b) Alcohol etílico.
 - c) Monóxido de Carbono.
 - d) Corrosivos.

(Ver anexo 3)

Medidas Preventivas:

- ❖ Almacenar fuera del alcance de los niños productos de uso doméstico potencialmente tóxicos.
- ❖ Mantener los tóxicos en espacio cerrado bajo llave.
- ❖ No cambiar los envases originales, ni colocarlos en envases de refrescos conocidos comercialmente por los niños.
- ❖ Cerrar los envases herméticamente.
- ❖ No conservar en la heladera sustancias tóxicas.
- ❖ No almacenar conjuntamente productos alimenticios con aquellos que son potencialmente

- tóxicos
- ❖ Elegir para la ubicación del botiquín, un lugar fuera del alcance del niño y preferentemente no situarlo en el baño.
- ❖ Seguir las instrucciones del fabricante, leer los rótulos del producto y vigilar fecha de vencimiento
- ❖ No almacenar productos con rótulos dañados.
- ❖ Tomar especial cuidado en períodos de tensión familiar: enfermedades, mudanzas, separación y/o pérdidas afectivas.
- ❖ No inducir el vómito en caso de intoxicación por productos de uso doméstico, si desconoce el producto o el mismo se trata de un corrosivo.
- ❖ Mantener ambientes aireados.
- ❖ Vigilancia del estado de las cañerías de gas y de los artefactos que funcionen en base al mismo
- ❖ Cerrar llave de paso del gas al finalizar su utilización y especialmente recordar dicha conducta durante la noche.
- ❖ Mantener informada a la familia de los riesgos y medidas preventivas en las diferentes etapas del desarrollo infantil.
- ❖ Participación en tareas educacionales colectivas sobre medidas de prevención.¹⁴

Medidas Terapéuticas a aplicar en el hogar según la vía de intoxicación o en el caso que se sospeche el mismo:

Ingestión:

- Identificar el tóxico.
- Conservar el envase original para poder conocer el agente tóxico y concentración.
- No inducir al vómito por riesgo de broncoaspiración y/o en el caso de que el agente tóxico sea un corrosivo por la reincidencia en el daño de la mucosa.

- No administrar leche.
 - No administrar agua.
 - No administrar aceite.
 - No administrar bebidas efervescentes.
 - Consultar al CIAT.
 - Concurrir al centro de salud más cercano.
- } Estos productos aumentan la absorción del tóxico.

Inhalados:

- Identificar el tóxico.
- Ventilar la habitación.
- Retirar al niño de la fuente de intoxicación.
- Consultar al CIAT.
- Concurrir al centro de salud más cercano.

Contacto:

- Identificar al tóxico.
- Realizar ducha por arrastre y agua tibia (el agua caliente incrementa la vasodilatación y su absorción).
- Consultar al CIAT.
- Concurrir al centro de salud más cercano.
- Retirar ropa contaminada con el producto.

¹⁴ Folletos de programa P.A.D.I (Prevención de accidentes destinado a la infancia).SUP, Comité de accidentes.

- Lavar el cabello dado que los folículos pilosos son grandes sitios de absorción.
- No cepillar ni frotar áreas del cuerpo dado que incrementa el riesgo de lesión y aumento de absorción del toxico.

Modelo de D. Orem.

El fundamento del modelo de enfermería de D. Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto del autocuidado, considerado como: *“acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos”*. Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.

La enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a “conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas”.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado asociados con el desarrollo o la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado:

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua, y alimento.
- Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento, y bienestar.
- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades y las limitaciones conocidas.

Dichas necesidades exigen que se tomen medidas a las que se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, y son conocidas como medidas de autocuidado para la prevención primaria. Es posible determinar la demanda terapéutica de autocuidado si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de cuidado propio y los métodos más adecuados para atender dichas necesidades, y se diseña, implementa y evalúa un plan de acción; ésto es el proceso de enfermería.

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería, La primera implica la determinación de “por qué una persona debe recibir atención de enfermería”. Esta etapa se refiere principalmente a la evaluación de la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes. La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado el logro de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes. La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado, proporcionar atención terapéutica, y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen y no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismo.

Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de la enfermería y las funciones y acciones de pacientes y enfermeras, Orem diseñó tres tipos de sistemas de enfermería.

- En el sistema compensatorio global, el paciente es incapaz de realizar algún acto deliberado o no es capaz de caminar, manipular, ni razonar; en estos casos la enfermera brinda y maneja la atención, hace juicios y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado del paciente.
- En un sistema parcialmente compensatorio, tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención.
- En el sistema educativo y de apoyo, el paciente es capaz de desempeñarlas, puede y debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado terapéutico aunque no pueda hacerlo sin ayuda.

En este modelo se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.¹⁵

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Es una investigación de diseño descriptivo, tipo cuantitativa y de corte transversal.

El servicio en el cual se llevó a cabo la investigación fue la emergencia pediátrica de un centro hospitalario, dependiente del Ministerio de Salud Pública, lo que permitió una mayor captación para así aumentar la viabilidad y factibilidad del estudio.

Población de estudio:

Padre, madre, tutor y/o cuidador de todos los niños preescolares que consultan en la emergencia pediátrica de un centro hospitalario, dependiente del Ministerio de Salud Pública, en los turnos mañana, tarde y vespertino en el período comprendido entre los días 23 al 30 de julio 2008.

Tipo de muestreo:

La selección de la muestra es de tipo no probabilística - intencional.

Criterios de inclusión:

- ✓ El entrevistado debe ser Padre/Madre, Tutor y/o cuidador del niño.
- ✓ El entrevistado debe ser mayor de edad.
- ✓ El entrevistado debe poseer capacidad para mantener una comunicación interactiva (Oral).
- ✓ El niño debe tener entre 2 y 5 años de edad.
- ✓ El niño no debe presentar antecedentes personales de intoxicación.

Método, Instrumento y Procedimiento de recolección de datos:

El método escogido fue la encuesta y el instrumento la entrevista estructurada, que constó de

¹⁵ Leddy S, Pepper J M. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional, Primera edición, España. Organización Sanitaria Panamericana, 1989.

dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. Esta se subdividió en dos áreas; una relacionada al niño y otra al entrevistado. El instrumento fue sometido a prueba de campo por los integrantes del grupo de investigación durante 24 hs, tomando una muestra representativa y posteriormente se realizaron los ajustes respectivos.

Plan de Tabulación y Análisis:

Se procedió a describir las variables en estudio según objetivos, categorizándolas en diferentes grupos: uno relacionado al niño (sexo y edad) y otro relacionado al entrevistado (medidas terapéuticas a implementar y preventivas implementadas).

Se realizaron tablas simples y cuadros bivariadas para la presentación de la información y su representación gráfica.

Como herramienta de ingreso de información se utilizó el programa Excel para la confección de la base de datos, el cual permitió la presentación de los mismos en forma sistematizada.

En base a un análisis descriptivo se elaboraron conclusiones y a partir de ellas las sugerencias.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES:

Edad del niño/edad del entrevistado: tiempo transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual.

Sexo: se define como las características físicas dadas por los genitales externos del individuo.

Procedencia: lugar geográfico donde reside el usuario en la actualidad.

Persona a cargo del niño diariamente: es el individuo a cargo del cuidado del niño todos los días.

Horas en las que el niño permanece en el hogar bajo el cuidado de un menor: período de tiempo transcurrido en horas en las que el niño permanece bajo la responsabilidad de un individuo menor de 18 años.

Vínculo del niño con el entrevistado: relación existente entre el niño y la persona a la que se le realiza la entrevista sea padre/ madre, tutor o cuidador.

Padre/madre: antecesor de sus hijos, sea padre/madre biológico o no, y al que corresponde la patria potestad de ellos.

Tutor: Persona encargada de cuidar a un menor de edad, y de administrar sus bienes, defensor, protector.

Cuidador: Persona que cuida a alguien que necesita asistencia.

Lugar de almacenamiento del producto de uso doméstico: espacio físico donde se guardan los envases con productos de uso doméstico.

Forma de almacenamiento del producto de uso doméstico: se considera al envase donde se almacena la sustancia química.

Concentración del producto de uso doméstico: cantidad de una sustancia contenida en la unidad de peso o volumen de un medio dado; por ejemplo, aire, agua o alimentos, productos de uso doméstico.

Medidas terapéuticas a implementar en el hogar ante un probable suceso de intoxicación: acciones para tratar las intoxicaciones frente a un probable suceso.

Medidas de prevención: métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y en presencia de éstas, a evitar sus consecuencias o secuelas así como la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio.

Información sobre Intoxicaciones: caudal de conocimiento que posee una persona sobre intoxicación.

Fuente de información sobre intoxicación: persona o material bibliográfico por la cual la familia obtuvo información sobre dicho tema.

Factores de riesgo de intoxicación: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un suceso de intoxicación.

(Operacionalización de las variables ver anexo 4)

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

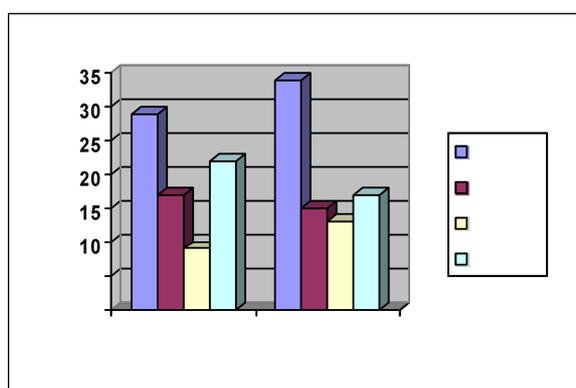
Cuadro N° 1: Distribución de la población según edad del niño/sexo

Edad del niño	Femenino	Masculino	Total
2 años	29	34	63
3 años	17	15	32
4 años	9	13	22
5 años	22	17	39
Total	77	79	156

Fuente: Base de datos del grupo investigador.

Para ambos sexos se corresponde la mayor frecuencia en los niños de 2 años de edad.

Gráfico N°1: Distribución de la población según edad del niño/sexo



Cuadro N° 2: Distribución de la población según persona a cargo del niño diariamente / edad de la persona a cargo del niño diariamente

Edad	Padre / Madre	Cuidador	Tutor
18-25	40	7	0
26-35	70	6	1
36-45	20	1	3
46-55	0	3	1
56-65	0	3	1
Total	130	20	6

Fuente: Base de datos del grupo investigador.

Con mayor frecuencia los niños se encuentran diariamente a cargo de: padre o madre de 26 a 35 años de edad; cuidador de 18-25 años y tutor de 36-45 años.

Gráfico N° 2: Distribución de la población según persona a cargo del niño diariamente / edad de la persona a cargo del niño diariamente

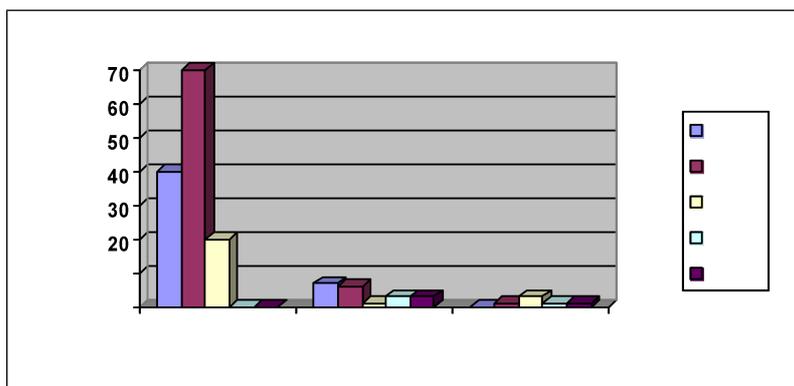


Tabla N° 1: Distribución de la población según horas que el niño permanece a cargo de un menor.

Horas	Fa	Fr%
≥1hr.	10	62.5
2 hrs.	1	6.25
3 hrs.	1	6.25
4 hrs.	0	0
5 hrs.	0	0
6 hrs.	4	25
Total	16	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador.

De la totalidad de los entrevistados, 16 refieren dejar al niño bajo el cuidado de un menor esporádicamente, un 62.5% de ellos no excede una hora y un 25% permanece por un período de 6 horas.

Cuadro N°3: Distribución de la población con información sobre intoxicación según fuente de información.

Fuente de información	Persona con información (Fa)
Persona ajena al E.S	14
Persona perteneciente al E.S	19
Bibliografía	35

Fuente: Base de datos del grupo investigador.

La fuente de información con la que contaban los entrevistados en su mayoría fue material bibliográfico.

Gráfico N° 3: Distribución de la población con información sobre intoxicación según fuente de información.

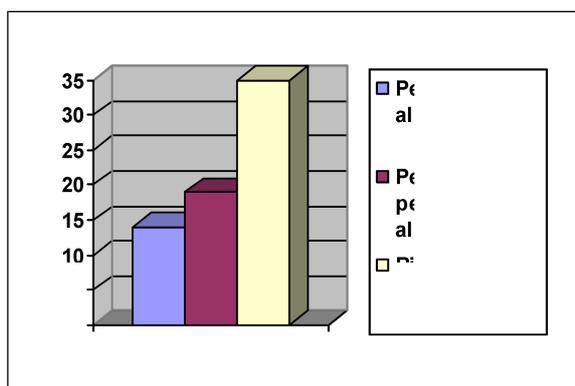


Tabla N° 2: Distribución de la población según medidas preventivas

Medidas Preventivas	Fa	Fr%
Almacena fuera del alcance del niño	102	65.4
Almacena bajo llave	30	19,2
Almacena en envase original	123	78.8
Almacena en envases herméticamente cerrado	134	85.9
Sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos del producto	100	64.1
Cierra la llave de paso del gas al finalizar su utilización y especialmente de noche	95	60.9
Otros	52	33.3

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 85.9% de los entrevistado guarda los PUD en envase herméticamente cerrado. Cabe destacar que dentro del atributo otros se incluyen las variables: almacena los productos conjuntamente con alimentos, almacena productos con rótulos dañados, dentro de la heladera y mantiene las concentraciones originales.

Grafico N°4: Distribución de la población según medidas preventivas

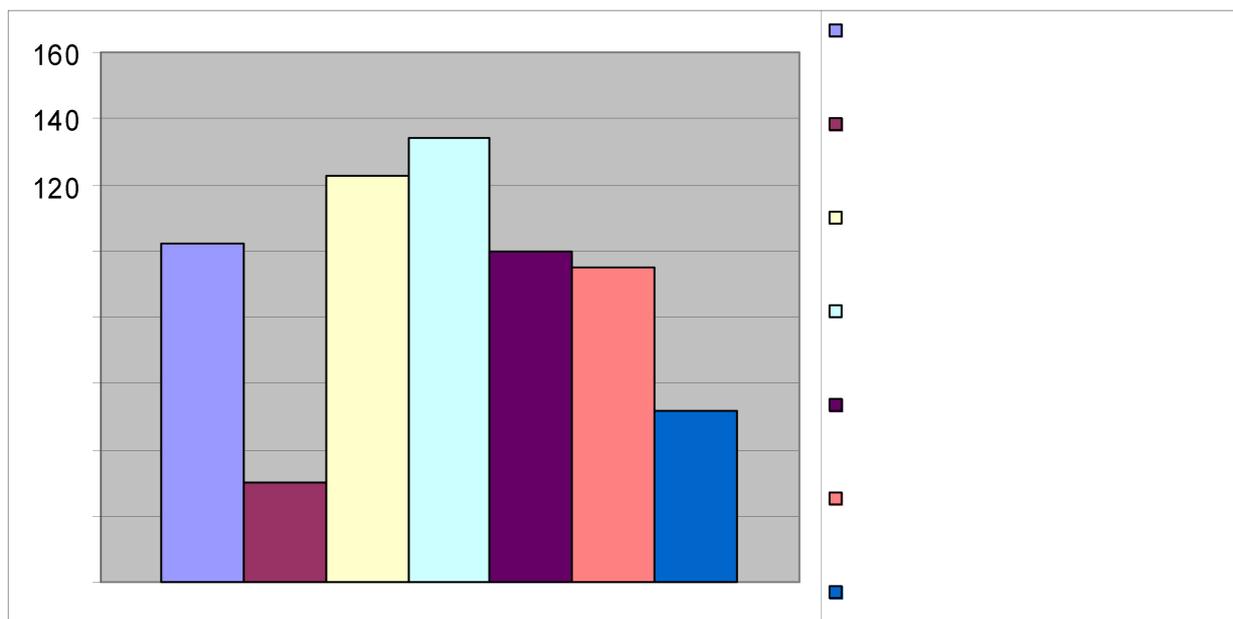


Tabla N° 3: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar

Medidas Terapéuticas	Fa	Fr%
Consultaría al CIAT	55	35.3
Concurriría al centro de Salud más cercano	141	90.4
Identificaría el tóxico	132	84.6

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 90.4% de los entrevistados concurriría al centro de salud mas cercano ante un probable suceso de intoxicación.

Grafico N° 5: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar

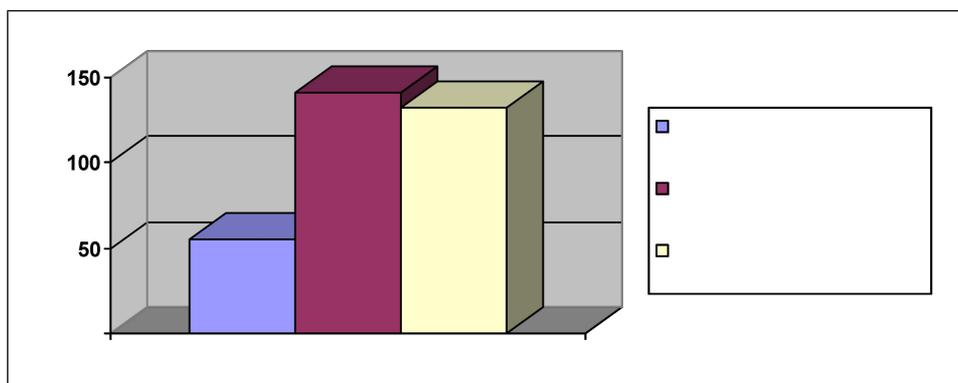


Tabla N° 4: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar en caso de ingestión de un tóxico.

Por ingestión	Fa	Fr%
Induciría el vómito	79	50.6
Le administraría agua	38	24.4
Le administraría leche	59	37.8
Le administraría aceite	12	7.7
Le administraría bebida efervescente	3	1.9

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 50.6% de los encuestados induciría al vómito ante un probable suceso de intoxicación y un 37.8% le administraría leche.

Gráfico N° 6: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar en caso de ingestión de un tóxico.

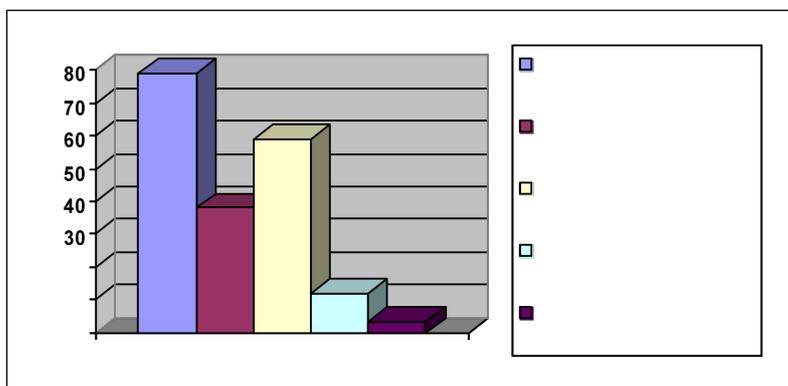


Tabla N° 5: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar en caso de inhalación de un tóxico.

Por inhalación	Fa	Fr%
Retiraría al niño de lugar de exposición	156	100
Ventilaría la habitación donde se produjo la exposición	156	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 100% de los entrevistados con niños sin antecedentes de intoxicación retiraría al niño de la habitación y ventilaría la misma.

Tabla N°6: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar en caso de intoxicación por contacto.

Por contacto	Fa	Fr%
Realizaría ducha por arrastre con agua tibia	86	55,1
Retiraría ropa contaminada con el producto	123	78.8
Lavaría el cabello	89	57
Cepillaría o frotaría área del cuerpo expuesta al tóxico	40	25.6

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 78.8% de los entrevistados retiraría la ropa contaminada por el producto.

Gráfico N°7: Distribución de la población según medidas terapéuticas a implementar en caso de intoxicación por contacto.

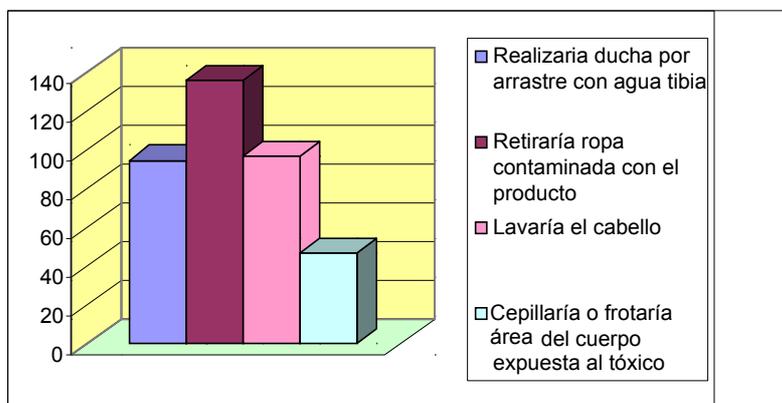


Tabla N° 7: Distribución de la población según lugar de almacenamiento del PUD.

Espacio abierto	Fa	Fr%
Repisa	39	34.8
Piso	6	5.4
Bajo la mesada	30	26.8
Baño	37	33
Total parcial	112	71.8
Espacio cerrado	Fa	Fr%
Mueble/ armario	44	28.2
Total parcial	44	28.2

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 71.8% de los entrevistados almacenan los PUD en espacio abierto, de los mismos el 34.8% lo hace en una repisa o en el baño.

El 28.2% de los entrevistados almacenan los PUD en espacio cerrado (mueble/armario).

Tabla N° 8: Distribución de la población según envase donde guardan los PUD.

Envases donde guarda los PUD	Fa	Fr%
Bidón	2	13,3
Botella de refresco	13	86.7
Total	15	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 86.7% de los entrevistados que cambia los PUD de su envase original los guarda en botellas de refresco comercialmente reconocidas.

Tabla N° 9: Distribución de la población según concentración del producto.

Tipo de concentración	Fa	Fr%
Concentración original	90	57.7
Dilución doméstica	66	42.3
Total	156	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 57.7% de los entrevistados mantiene los productos en su concentración original.

ANÁLISIS

Durante el año 2007 en la emergencia de un centro hospitalario dependiente del MSP se registraron 60.000 consultas de niños de dos a cinco años. Cabe destacar que debido a los cambios en el sistema de salud implementado en el corriente año, fue notoria la disminución en el número de usuarios atendidos en dicho servicio.

Para realizar nuestro estudio se decidió escoger una muestra de 156 entrevistados, la que consideramos representativa, por ser el 0.26% de las consultas anuales y el 3.12% de las mensuales.

El instrumento diseñado para la recolección de datos (anexo N° 1) fue aplicado en el período comprendido entre los días 23 al 30 de julio, en los turnos matutino, tarde y vespertino, siendo este último el de mayor afluencia al servicio y el matutino el de menor concurrencia de usuarios.

En este período se aplicó el instrumento a la muestra elegida, por el cual se obtuvo los siguientes datos: en cuanto a lugar de procedencia (tabla N°10) el 72.4% correspondieron a usuarios residentes en la ciudad de Montevideo, siendo los barrios de mayor frecuencia (tabla N° 11) Piedras Blancas (9.7%); Nuevo París (8%) y Colón (7.1%). En lo que respecta a los departamentos del interior del país (tabla N° 12), Canelones (62.8%) y San José (14%) fueron los más destacados.

De la distribución de la población según sexo/edad, la mayoría correspondieron a niños de 2 años para ambos sexos y en segundo lugar niños de 5 años de edad para ambos sexos (cuadro N° 1), obteniendo un valor de media 3.25 años, su desvío de 1.3 años y la moda 2 años de edad.

De los niños involucrados en nuestro estudio, 70 permanecieron diariamente bajo el cuidado de padre/madre, los cuales se encontraron en una franja de 26-35 años de edad (cuadro N° 2). Esta franja etárea correspondiente al adulto joven posee en su mayoría la capacidad y la responsabilidad para el cuidado del niño. Según la teoría de Dorothea Orem el adulto es quien debe fomentar hábitos y costumbres que desarrollen en el niño el autocuidado mientras no tenga la capacidad para cuidarse a si mismo. Cabe señalar que esporádicamente 16 niños permanecen bajo el cuidado de un menor de edad, de ellos el 62.5% por un período menor a una hora (tabla N° 1), lo cual es un factor de riesgo relevante a la producción de accidentes domésticos.

Observando la tabla N° 13, se destaca que solamente el 37.2% posee información sobre intoxicación por PUD, de los cuales en su mayoría la fuente de información fue material bibliográfico (cuadro N° 2), considerado un factor de riesgo ya que dicha información puede ser mal interpretada por el lector, incrementando en gran medida la posibilidad de que ocurra una intoxicación al no contar con herramientas para la prevención e implementación de medidas terapéuticas.

En lo que respecta a las medidas terapéuticas a implementar en el hogar (tabla N°3) 90.4 % de los entrevistados concurriría al centro de salud más cercano, lo cual es una conducta positiva debido a que una consulta inmediata permite una rápida actuación por parte del equipo de salud, disminuyendo los efectos del agente causante mediante un tratamiento precoz y eficaz. Cabe señalar que el 84.6% de los entrevistados identificaría el toxico y el 35.3% llamaría al CIAT.

Las medidas terapéuticas a implementar si la vía de ingreso del tóxico fuera mediante ingestión (tabla N° 4), el 50.6% de los entrevistados induciría el vómito siendo una acción contraproducente generando riesgo de bronco aspiración y en caso de que el agente sea un corrosivo dañaría reincidentemente la mucosa.

Según frecuencia le administraría leche (37.8%), agua (24.4%) y aceite (7.7%), estas medidas forman parte de los mitos y creencias populares, sin embargo son negativas ya que aumenta la absorción del tóxico.

Si la vía de ingreso fuera por inhalación (tabla N° 5) el 100% de los entrevistados retiraría al niño de la habitación y ventilaría la misma, datos que se corresponden con los primeros actos terapéuticos indicados.

En el caso de que la vía de intoxicación fuera por contacto (tabla N° 6) el 78.8% retiraría la ropa contaminada, el 57% lavaría el cabello y el 55.1% realizaría ducha por arrastre, siendo estas medidas terapéuticas eficaces porque evitan la absorción del agente por parte de los folículos pilosos; el 25.6% cepillaría o frotaría la zona de contacto, dato que se considera relevante dada la contraindicación de esta acción, debido a que aumenta la absorción del tóxico.

Es importante resaltar que el 100% de los entrevistados consideran implementar medidas preventivas en el hogar.

Sobre medidas preventivas (tabla N°2) encontramos que: 85.9% mantiene el producto herméticamente cerrado, el 78.8% en envase original; 64.1% sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos. Cabe destacar que el 65.4% almacena los PUD fuera del alcance del niño y 19.2% los mantiene bajo llave.

Del 71.8% que guarda los PUD al alcance del niño (tabla N° 7): un 34.8% lo hace en una repisa, el 33% en el baño; un 26.8 % bajo la mesada de la cocina; y un 5.4 % en el piso. Estos datos revelan factores de riesgo que favorecen la accesibilidad de los niños a los PUD. Del 28.2% que guardan los PUD en un espacio cerrado la totalidad lo almacena en mueble/armario. Del 9.6% (15 personas) de los entrevistados que cambian los PUD de su envase original el 86.7% los guarda en botella de refresco (tabla N° 8).

En lo referente a la concentración del PUD (tabla N° 9), el 57.7% del total de los entrevistados suele utilizarlos en su concentración original. Al analizar esta variable nos encontramos que un 42.3% realiza diluciones domésticas lo cual representa un factor de riesgo porque al alterar las concentraciones se puede incurrir en un aumento en la gravedad de la intoxicación.

El 64.1% sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos previo al uso de un PUD (tabla N°2).

El 60.9% cierra la llave de paso de gas al finalizar su utilización y especialmente realiza dicha conducta durante la noche, mientras que el 39.1% no la efectúan (tabla N°2), lo cual es un factor de riesgo ya que durante las horas de sueño la percepción del tóxico disminuye.

CONCLUSIONES

El 62.8% de la población manifiesta no contar con información sobre intoxicación por PUD y quienes contaban en su mayoría la había obtenido por material bibliográfico y no por el equipo de salud.

El 90.4% de los entrevistados consultaría al centro de salud más cercano ante un posible suceso de intoxicación.

El 35.3 % de los entrevistados llamaría al CIAT como medida terapéutica.

Se mantiene la creencia popular de inducir el vómito, administrar leche, agua y aceite ante una ingestión de PUD sin reparar en el tóxico causante.

Frente a un suceso de intoxicación por inhalación, la totalidad de los entrevistados realizarían las medidas terapéuticas indicadas como son: retirar al niño del lugar de exposición y ventilar la habitación donde se produjo la misma.

En caso de una intoxicación por contacto la mayoría de los entrevistados implementarían medidas terapéuticas indicadas (marco teórico).

Ningún niño permanece solo en el hogar, quedando a cargo de un adulto responsable o en su defecto de un menor.

Como medidas preventivas implementadas en el hogar se concluye que si bien la totalidad de los entrevistados perciben implementar dichas medidas, se observa que un alto porcentaje (85.9%) mantiene el producto herméticamente cerrado, el 65.4% manifiesta que almacena los PUD fuera del alcance de los niños, aunque un 19.2% lo hace bajo llave; en su mayoría (78.8%) conserva los mismos en su envase original y el 64.1% sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos previo al uso de un PUD.

Como factores de riesgo que favorecen las intoxicaciones se observó que: el 34.6% guarda los PUD al alcance del niño, con mayor frecuencia en repisas y en el baño; el 39.1% no cierran la llave de gas al culminar su utilización y durante la noche; el 42.3% de los entrevistados realizan diluciones domésticas de los PUD; y un 9.6% de la población cambia los productos de envase, en general hacia botellas de refresco.

RECOMENDACIONES

Como integrantes del equipo de salud y en nuestro rol de licenciadas en enfermería consideramos de importancia, brindar información sobre intoxicaciones por PUD, enfatizando sobre medidas preventivas implementadas y terapéuticas a implementar en el hogar.

Fomentar la difusión del número telefónico de emergencia de CIAT a nivel de los medios de comunicación, en informes nacional de guía y principalmente en los centros de salud.

En futuras investigaciones profundizar sobre información que posee la población relacionado al CIAT; cuales son las causas de que no se lo considere dentro de las primeras medidas terapéuticas a implementar.

En ulteriores investigaciones ahondar en información sobre los productos o sustancias que frecuentemente se agregan en las diluciones domésticas.

Sugerimos para futuras investigaciones indagar factores asociados (culturales, sociales, núcleos familiares numerosos, niños al cuidado de menores, falta de medidas de prevención familiar, tratamientos crónicos de algún familiar) en aquellos niños que consultan en reiteradas oportunidades por intoxicaciones por PUD.

Recomendamos para futuras investigaciones profundizar en los niños con antecedentes personales de intoxicación, cuales fueron las medidas preventivas implementadas y terapéuticas a implementar durante el suceso y cuales fueron las medidas preventivas que adquirió posteriormente.

En base a los resultados de la investigación proponemos diseñar un protocolo estandarizado de acciones enfocadas a la prevención, que permita realizar educación para la salud en el primer nivel de atención, poniendo énfasis en los factores de riesgo encontrados en la población de estudio.

REFERENCIAS

- Accidentes que suceden en el hogar. Disponible en: <http://www.emergenciauno.com/content/view/24/75>
- Centro de información y asesoramiento toxicológico. Disponible en: <http://www.ciat.hc.edu.uy>
- Definiciones. Disponible en: <http://es.wikipedia.org>
- Prevención de riesgos en el hogar. Andalucía; 2005. Disponible en: <http://www.facua.org/es/guia.php?Id=43&capitulo=451>
- Revista Chilena. Pediatría. 70 (4) 1999. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s037041061999000400016&script=sci_arttext
- Revista Cubana. Pediatría. 74 (1) 2002. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000100005&script=sci_arttext
- Riesgos específicos : seguridad en el hogar. Parte 2. disponible en: <http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.asp?IdEntrega=653>
- Intoxicaciones por productos químicos utilizados en el hogar. Diciembre 2006. disponible en: <http://www.congresobiomedico.org.mx/memorias/htm/347/203.htm>

BIBLIOGRAFÍA

- Archivo de Pediatría del Uruguay. Comité de atención Primaria de la Salud de la sociedad uruguaya. (67) 1996.
- Bello O, Sehabiague G, Prego J. Pediatría: Urgencias y Emergencias. Montevideo: Bibliomédica; 2003.
- Carlevaro. Protocolo de la investigación. Revista medica del Uruguay. 1 (1).
- Hernandez F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Washington: OPS; 1989.
- Diccionario Kapelusz. Lengua española. Kapelusz.
- Ferrari A M. Atención Pediátrica. Pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención. 5a ed. 2000.
- Comité de accidentes. Folletos de programa P.A.D.I (Prevención de accidentes destinado a la infancia).SUP.
- Leddy S, Pepper J M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. España: Organización Sanitaria Panamericana; 1989.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de prevención de accidentes. 2001.
- Martell M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño del niño. 2a ed. Publicación científica del CLAP N° 1062. 1993
- OPS. Prevención de accidentes y lesiones. 1993.
- Wong D W. Enfermería Pediátrica. 4a ed. Madrid: Harcourt/Mosby; 1995.

Anexos

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

Anexo 1.

Facultad de Enfermería.
Cátedra de Salud del Niño/a y Adolescente.

Fecha: _____.

Entrevista sobre Medidas Preventivas implementadas y Terapéuticas a implementar en el hogar referente a Intoxicaciones por Productos de uso Doméstico.

❖ Relacionado al Niño:

Edad: _____.

Sexo: Masculino Femenino

Persona a cargo del Niño diariamente: Padre/Madre:
Cuidador: Edad: _____.
Tutor:

El niño permanece en el hogar: Bajo el cuidado de un menor?
Solo?
Cuántas horas _____.

Relacionado al Entrevistado:

Edad: _____.

Vínculo con el Niño: Padre/Madre:
Tutor:
Cuidador:

➤ Procedencia: Montevideo: Barrio _____.
Interior: Departamento _____.

➤ ¿Ha recibido Información sobre el Tema Intoxicación? Sí No:

Si la respuesta anterior es "Sí". De que fuente?: Persona ajena al Equipo de Salud:
Persona integrante del Equipo de Salud:
Material bibliográfico:

Que haría Usted, en el caso de que el niño estuviese ante una probable Intoxicación por productos de uso doméstico:

- Consultaría al CIAT (Centro de Información y Atención Toxicológica): Si: ___ No: ___
- Concurriría al Centro de Salud más cercano: Si: ___ No: ___
- Identificaría el tóxico Si: ___ No: ___

En caso de ingestión de un tóxico:

- Induciría el vómito: Si: ___ No: ___
- Le administraría agua: Si: ___ No: ___
- Le administraría leche: Si: ___ No: ___
- Le administraría aceite: Si: ___ No: ___
- Le administraría bebida efervescente: Si: ___ No: ___

En caso de aspiración de un tóxico:

- Retiraría al niño del lugar de exposición: Si: ___ No: ___
- Ventilaría la habitación donde se produjo la exposición: Si: ___ No: ___

En caso de intoxicación por contacto:

- Realizaría ducha por arrastre y agua tibia Si: ___ No: ___
- Retiraría ropa contaminada con el producto. Si: ___ No: ___
- Lavaría el cabello Si: ___ No: ___
- Cepillaría o frotaría áreas del cuerpo expuestas Si: ___ No: ___

Usted considera que implementa medidas preventivas para prevenir las intoxicaciones en su hogar?

Si:

- Almacena los productos de limpieza o potencialmente tóxicos:
 - Fuera del alcance del niño? Si: ___ No: ___ Donde? _____
 - Bajo llave? Si: ___ No: ___
 - En Envase original? Si: ___ No: ___ En que lo almacena? _____
 - Con rótulos dañados? Si: ___ No: ___
 - Con envases herméticamente cerrados? Si: ___ No: ___
 - Conjuntamente con productos alimenticios? Si: ___ No: ___
 - Dentro de la heladera? Si: ___ No: ___
- Sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos del producto? Si: ___ No: ___
- Cierra la llave de paso del gas al finalizar su utilización y especialmente recuerda dicha conducta durante la noche? Si: ___ No: ___

En que concentración utiliza los productos de uso doméstico? : Concentración original:
 Dilución doméstica:

Observaciones

.....

Muchas Gracias!!!!

Anexo 2.

Copia de la carta enviada al emergencia del CHPR

Anexo 3.

Características de la sustancias de uso doméstico.

A) Hidrocarburos: son sustancias químicas compuestas principalmente por carbón e hidrogeno. Por su toxicidad aguda podemos distinguir tres tipos básicos:

- _ Alifáticos: queroseno, nafta, gasoil, entre otros.
- _ Aromáticos: tolueno, xileno, benceno, entre otros.
- _ Halogenados: tricloroetileno, cloruro de metileno, cloroformo, tetracloruro de calcio, entre otros.

Los efectos más comunes a todos los hidrocarburos son: irritación cutánea mucosa, sensibilización miocárdica a las catecolaminas, depresión del sistema nervioso central, entre otros. Pero la presencia de manifestaciones clínicas es variable, puede presentar diferentes grados de severidad de acuerdo con el tipo de hidrocarburo, concentración en el producto, la dosis ingerida y los antecedentes patológicos del niño.

Los productos implicados con mayor frecuencia son: queroseno, aguarrás, tinner, nafta, gasoil, entre otros. En la mayoría de los casos la ingesta es de pequeñas cantidades y la absorción digestiva es escasa, por lo que la toxicidad sistémica es improbable: la principal toxicidad de estos productos es su potencial riesgo de aspiración y la consecuente neumonitis.

Clínicamente la mayoría de los niños permanecen asintomáticos y en los que se presentan síntomas se manifiesta a nivel respiratorio, gastrointestinal y ocasionalmente depresión neuropsíquica.

En el tratamiento no debe realizarse vaciamiento gástrico mediante lavado gástrico ni inducción del vomito. El carbón activado no esta indicado, tiene escasa capacidad de absorción de hidrocarburos.

El tratamiento sintomático es oxigeno y broncodilatadores.

B) Alcohol Etílico: en los últimos años se ha comprobado un aumento, progresivo de bebidas alcohólicas en niños, produciendo depresión del sistema nervioso central e hipoglicemias. La dosis tóxica para el niño se estima en 3gr/Kg. de peso corporal. Con concentración en sangre de:

1 a 5 gr./lt __ intoxicación leve.

3gr/lt ____intoxicación moderada

> 4.5gr/lt __ intoxicación severa.

C) Monóxido de Carbono: es un gas incoloro, inodoro, más liviano que el aire y no irritante por lo que su inhalación no es perceptible.

Existe producción endógena de 1 a 10%, pero aumenta su generación cuando encuentra una fuente exógena, en ambientes mal ventilados (combustión incompleta de cualquier materia orgánica o combustible: gas de cañería, supergas, madera, queroseno). Se genera también por incendios, humo de cigarrillo, calefacción, cocinas, vehículos en marcha.

La vía de ingreso al organismo es la inhalatoria y se absorbe rápidamente por difusión simple forzada por la sangre. La absorción se ve favorecida: cuanto mayor sea la concentración del gas en el ambiente, por el mayor tiempo de exposición y cuanto mayor sea la frecuencia respiratoria. Se trata de un asfíxiante químico que produce hipoxia tisular.

El monóxido de carbono se une con la hemoglobina para producir carboxihemoglobina (COHB) desplazando el oxigeno y disminuyendo el transporte de éstos a los tejidos.

Los grados de intoxicación se dividen en:

Leve _____ 10 a 20 Cohb%.

Moderada _____ 20 a 40 Cohb%.
Severa _____ 40 a 70 Cohb%.
Muerte _____ > a 70 Cohb%.

Tratamiento: el primer acto terapéutico es retirar al paciente del lugar de la exposición al monóxido y realizar maniobras de reanimación, de ser necesario el oxígeno es el tratamiento específico y más efectivo.

D) Corrosivos: - ácidos fuertes.
- bases o álcalis fuertes.

Cuando nos referimos a ácidos fuertes nos referimos a ácido nítrico, sulfúrico y clorhídrico. Su ingesta da lugar a intenso dolor, edema de boca, orofaringe, sialorrea, puede haber estridor laríngeo, dolor epigastrio y compromiso respiratorio. Penetran rápidamente todas las capas a nivel digestivo perforando tempranamente, sobre todo a nivel gástrico.

Cuando hablamos de bases o álcalis fuertes nos referimos al hidróxido de NaOk, amoníaco, peróxido de hidrogeno al 40%, hipoclorito de sodio (40%); el de uso doméstico es de concentración 4-8% y es irritante. La ingesta de álcalis lesiona la mucosa desde la boca hasta el estómago en forma lenta, demorando más la penetración a las diferentes capas del tubo digestivo.¹⁶

¹⁶ Bello O, Sehabiague G, Prego J. Pediatría. Urgencias y Emergencias. Bibliomédica ediciones. Uruguay 2003.

Anexo 4,

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Variable	Clasificación	Valor o Atributo
Edad del niño	Cuantitativa continúa.	Años. 2-3-4-5
Sexo	Cualitativa nominal.	Masculino. Femenino.
Procedencia	Cualitativa nominal	Montevideo: Barrio Interior: Departamento
Edad del entrevistado	Cuantitativa continúa.	Años. <ul style="list-style-type: none"> • 18-25 • 26-35 • 36-45 • 46-55 • 56-65
Persona a cargo del niño diariamente	Cualitativa nominal.	Padre / Madre. Tutor. Cuidador.
Horas en las que el niño permanece en el hogar bajo el cuidado de un menor	Cuantitativa continúa.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1 hs. • 2 hs. • 3 hs. • 4 hs. • 5 hs. • 6 hs.
Vinculo del niño con el entrevistado	Cualitativa nominal.	Padre / Madre. Tutor. Cuidador.
Lugar de almacenamiento del producto de uso domestico	Cualitativa nominal.	A. Espacio cerrado: mueble/armario. B. Espacio abierto: repisa, piso, bajo la mesada y baño.
Forma de almacenamiento del producto de uso doméstico	Cualitativa nominal	❖ Envase original ❖ Otros envases: bidón o botella de refresco.
Concentración del producto de uso doméstico.	Cualitativa nominal	❖ Concentración original ❖ Dilución doméstica.
Factores de riesgo de intoxicación en el hogar	Cualitativa nominal.	❖ Cambio de envase original del producto. ❖ Producto al alcance del niño. ❖ Almacenamiento en muebles sin tranca.

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ausencia de medidas de prevención. ❖ Falta de información sobre intoxicación, del padre, tutor y/o cuidador del niño. ❖ Niño solo en su hogar. ❖ No cerrar herméticamente los envases que contienen productos de limpieza o potencialmente tóxicos. ❖ Ambiente mal ventilado.
Información sobre intoxicación	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si ❖ No
Fuente de información sobre intoxicaciones	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Persona perteneciente al equipo de salud • Persona no perteneciente al equipo de salud • Material bibliográfico
Medidas terapéuticas a implementar en el hogar ante un suceso de intoxicaciones	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consultaría al CIAT ❖ Concurriría al centro de salud más cercano ❖ En caso que el niño ingiera un tóxico induciría el vómito ❖ En caso que el niño ingiera un tóxico administraría agua, aceite, leche, refresco efervescente. ❖ En caso que el niño aspire un tóxico retiraría el niño del lugar de exposición ❖ En caso que el niño aspire un tóxico ventilaría la habitación

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ En caso que el niño este en contacto con el tóxico realizaría ducha por arrastre y agua tibia ❖ En caso que el niño este en contacto con el tóxico retiraría la ropa contaminada con el producto ❖ En caso que el niño este en contacto con el tóxico lavaría le cabello ❖ En caso que el niño este en contacto con el tóxico cepillarí o frotaría áreas del cuerpo expuestas.
<p>Medidas de prevención de intoxicaciones en el hogar</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No almacena, al alcance del Niño productos de limpieza o potencialmente tóxicos. ❖ Mantiene los productos de limpieza o potencialmente tóxicos bajo llave. ❖ No le cambia el envase original al producto de limpieza o potencialmente tóxicos. ❖ No almacena los productos de limpieza o potencialmente tóxicos, en envases de refrescos conocidos comercialmente por el niño. ❖ Elige para ubicar el botiquín, un lugar fuera del alcance del niño ❖ No almacena productos tóxicos conjuntamente con productos

		<p>alimenticios</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Mantiene los ambientes del hogar ventilados❖ Sigue las instrucciones del fabricante y lee los rótulos del producto❖ No almacena los productos con rótulos dañados.❖ No conserva sustancia tóxicas dentro de la heladera.❖ No induce el vómito, en caso de intoxicación por productos de uso doméstico, si se desconoce el producto o si el mismo se trata de un corrosivo.❖ Cierra herméticamente los envases con productos de limpieza o potencialmente tóxicos.❖ Cierra la llave de paso del gas al finalizar su utilización y especialmente recuerda dicha conducta durante la noche.
--	--	--

Anexo N°6:

PRESENTACIÓN DE DATOS

Tabla N°10: Distribución de la población según procedencia

Procedencia	Fa	Fr%
Montevideo	113	72.4
Interior	43	27.6
Total	156	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 72.4% de los entrevistados son procedentes del departamento de Montevideo.

Tabla N°11: Distribución de la población según barrios

Barrio	fa	Fr%
Nuevo Paris	9	8
Cerro	6	5.3
Piedras Blancas	11	9.7
Hipódromo	8	7.1
Cordón	6	5.3
Con. Maldonado	6	5.3
Malvín	4	3.5
Colon	8	7,1
Aires Puros	3	2.7
Manga	6	5.3
Centro	4	3.5
Lavalleja	2	1.8
La Teja	3	2.7
Brazo Oriental	3	2.7
Reducto	2	1.8
Bella Italia	2	1.8
La Comercial	2	1.8
Carrasco	1	0.9
Peñarol	7	6.2
Sayago	2	1.8
Gruta De Lourdes	2	1.8
Otros	16	14.2
total	115	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 9.7 % de los entrevistados son procedentes del barrio Piedras Blancas.

Tabla N° 12: Distribución de la población según departamento del interior.

Departamento	Fa	Fr%
Canelones	27	62.8
San José	6	14
Artigas	2	4.7
Soriano	2	4.7
Paysandú	1	2.3
Salto	1	2.3
Tacuarembó	1	2.3
Colonia	1	2.3
Maldonado	1	2.3
Florida	1	2.3
Total	43	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador.

El 62.8 % de los entrevistados del interior proceden del departamento de Canelones.

Tabla N°13: Distribución de la población según información sobre intoxicaciones.

Información sobre intoxicación	Fa	Fr%
Si	58	37.2
No	98	62.8
Total	156	100

Fuente: Base de datos del grupo investigador

El 62.8% de los entrevistados no poseen información sobre intoxicaciones.