



**Universidad Abierta Interamericana**

**Sede Regional Rosario**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Carrera Medicina**

*“Frecuencia de Accidentes infantiles en el hogar en niños de 1 a 10 años”*

**Autor: Sánchez, Melisa Marina.**

**Tutor: Prof. Dra. Gustafsson, Mónica.**

**Co-tutores: Prof. Dra. Cuño, Julieta y Dr. Romanini, Oscar.**

**E-mail Autor: melu\_16\_5@hotmail.com**

Índice:	Página
Agradecimientos- - - - -	02
Resumen - - - - -	03
Introducción - - - - -	04
Marco teórico - - - - -	07
Problema y objetivos - - - - -	13
Materiales y métodos - - - - -	14
Resultados - - - - -	16
Anexos de los resultados - - - - -	37
Discusión - - - - -	38
Conclusión - - - - -	44
Citas bibliográficas - - - - -	46
Bibliografía- - - - -	49
Anexos – Anexo 1 Tabla - - - - -	51
Anexo 2 Autorizaciones - - - - -	52
Anexo 3 Modelo de encuesta - - - - -	56

## **Agradecimientos:**

A mi familia y amigos por haberme apoyado incondicionalmente durante el transcurso de toda mi carrera, que me alentaron a seguir adelante en momentos difícil.

A mi tutora Gustafsson, Mónica y mis co- tutores Cuño, Julieta y Romanini, Oscar por estar a mi entera disposición, brindándome sus conocimientos en la realización de mi trabajo final.

## **Resumen:**

Introducción: El siguiente trabajo titulado “*Frecuencia de Accidentes infantiles en el hogar en niños de 1 a 10 años*”, es un estudio de investigación realizado en la ciudad de Arroyo Seco, del 01 de mayo al 31 de agosto; donde en forma general se analizó diferentes tipos de accidentes acontecidos en el hogar.

Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo y prospectivo efectuado en base a 110 encuestas realizada a un grupo de padres de niños de 1 a 10 años de edad que concurrieron junto a ellos a la clínica privada del Dr. Lucente de la ciudad de Arroyo Seco. La encuesta se realizó a los padres y o responsables del menor con muestreo no probabilístico.

Objetivos: el objetivo general fue conocer la frecuencia de accidentes infantiles en el hogar en niños entre uno y diez años de edad. Se realizaron 110 encuestas a los padres de los niños, que se hallaban en la sala de espera de dicha clínica.

Resultados: Dentro de lo que podemos destacar como más importante, determino que la edad media de los niños accidentados fue de 5 años, los 3 tipos de accidentes más frecuentes fueron: quemaduras, heridas y caídas (con una cifra de 54%). Puedo aclarar que el 59% de los niños se encontró solo al momento del accidente, mientras que el 17% se encontraba acompañado.

Conclusión: La prevención de los accidentes de niños en el hogar debería tener una responsabilidad conjunta, ya sea de parte de los pediatras, el área de salud del municipio, que deben concientizar con mayor difusión de información. Además, los padres deberían ser más cuidadosos y tener más conocimientos para evitar que los accidentes se susciten.

Discusión: Se realizaron comparaciones sobre la investigación con 5 tesis e investigaciones de diferentes países de Latinoamérica como lo son: Ecuador, Colombia, México y Perú; las cuales arrojaron diferentes y variados resultados sobre los tipos de accidentes, los que tuvieron mayor frecuencia y o incidencia, el rango medio de edad, así también como otras variables y características a la hora de relacionar similitudes y o diferencias.

Palabras claves: accidentes, niños, accidentes en el hogar, frecuencia, factores de riesgo, medidas de prevención, morbi – mortalidad.

## **Introducción:**

La mortalidad y morbilidad por accidentes se ha convertido en uno de los problemas prioritarios de salud en el mundo. A medida que disminuyen las causas de muerte debidas a situaciones carenciales o infecciosas, los accidentes emergen como un factor de muerte, discapacidad y o enfermedad que requiere ser reducido y evitado. (Congreso de pediatría; septiembre 2017)

Sabemos que la frecuencia es muy elevada y podemos clasificar por orden de incidencias: caídas, intoxicaciones, quemaduras, golpes, heridas, incendios y o explosiones, electrocución y asfixia respiratoria, según lo referido por los escasos artículos publicados al respecto; pero desconocemos cifras y éstas no existen, en parte, porque no se publican las experiencias, pero en particular porque la inmensa mayoría de las lesiones que suceden en el hogar no tiene mayor trascendencia y porque las que llegan a una sala de urgencias son de tan poca magnitud que el menor es visto, tratado y dado de alta el mismo día. (Gershaink, 1994)

En Argentina, las lesiones por causas externas, enfermedad accidente o mal llamadas “accidentes”, son la primera causa de muerte y discapacidad entre el año y los 34 años de vida (SAP-UNICEF.2003 y Estadísticas Vitales -MS 2005).

A modo de comparación, en la ciudad de Rosario durante el año 2016, se registraron un total de 61.726 consultas en la guardia del hospital Víctor J. Vilela, y 6.338 internaciones transitorias.

Los accidentes representan, asimismo, una importante causa de morbilidad y de secuelas físicas y psicológicas, como así también una severa carga para la familia del paciente y una considerable erogación de recursos de salud. (Waisman, Nuñez, & Sánchez; 2000)

La demanda asistencial por lesiones constituye una proporción importante de los pacientes que consultan en los servicios de emergencia pediátricos, con la consiguiente sobrecarga en un sector que generalmente cuenta con recursos limitados. (Iñon; 2006)

Entendemos por accidentes a las lesiones no intencionales que originan daños a las personas y que ocurren en forma brusca o imprevista. (Waisman, Nuñez, & Sánchez; 2000)

Se define como accidente en el hogar al acontecimiento inesperado que le ocurre a un individuo en la vivienda propiamente dicha: patio, jardín, garaje, acceso a los pisos, escaleras y todo lugar perteneciente a su domicilio, y que no se tiene la posibilidad de prevenirlo cuando éste ocurre.

Existe una gran cantidad de factores de riesgo en los hogares que favorecen la ocurrencia de accidentes, siendo considerados éstos como un evento al azar que causa afectaciones orgánicas y/o mentales; en salud pública si bien no es posible controlar su ocurrencia, es posible sensibilizar a la población de los riesgos y cuáles son las medidas efectivas para evitar que éstos ocurran. En este sentido, desde un punto de vista epidemiológico, los accidentes no suceden en forma aleatoria, se presentan en una población susceptible, en aquellas familias o individuos que, por desconocimiento u omisión, consienten la sucesión de eventos que desembocan en la ocurrencia del accidente y del conjunto de secuelas que éstos ocasionan. (Glizer; 1993)

La prevención de lesiones en la infancia es obligación del profesional de la salud que, mediante acciones educativas, ha de orientar a los familiares en relación a los accidentes domiciliarios. El trabajador de la salud es un educador, un agente transformador, apto para realizar programas educacionales que involucren a los padres y a los menores en lo que se refiere a la prevención de accidentes y a las conductas que deben seguirse en dichos casos. (Programa de acción específico; septiembre 2007) (De lima, Barbosa, Silva, Vieira & Oirá, 2009)

Para prevenir esta verdadera problemática se hace necesario conocer sus características, pues las estrategias de prevención difieren considerablemente según la clase de accidentes, los sitios de ocurrencia o los grupos etarios involucrados, ya que no resultan útiles las campañas preventivas que intentan abarcar simultáneamente a todo tipo de accidentes. (Regiani & Correa 2006)

Debido a la escasez de trabajos bibliográficos encontrados a nivel mundial y muy pocos en nuestro país, surgió la necesidad de conocer nuestra situación en cuanto a la frecuencia de accidentes infantiles en el hogar, ya que no hay datos específicos del mismo, sino que englobados en lesiones por causa externa.

Mi interés por la temática abordada en dicho trabajo, surge de mi preocupación por una atención más especializada, para contribuir con la protección de los más pequeños en el hogar; para esto creo conveniente reforzar las medidas de prevención que puedan

trasmitir los médicos pediátricos, a la hora de las consultas de los padres en los centros de atención y de esta forma lograr evitarlos o reducir el número de siniestros. Por otra parte, la dedicación volcada en el trabajo es porque estoy decidida a especializarme en Pediatría.

### Marco teórico:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define el accidente como un *“Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales”*. (Programa de acción específico; septiembre 2007)

En los accidentes encontramos tres elementos básicos:

- 1) sujeto susceptible.
- 2) medio ambiente físico.
- 3) agentes que lo provocan.

Esta analogía con la enfermedad transmisible nos lleva a preguntarnos si el sujeto puede ser menos afectable y más precavido; si el ambiente puede hacerse menos peligroso y si el agente causal puede controlarse. (Programa de acción específico; septiembre 2007)

Existen dos categorías de niños especialmente susceptibles de padecer accidentes:

- **Los niños con déficits sensoriales, mentales y motores o simplemente inhábiles**, que se encuentran en inferioridad de condiciones frente a toda situación peligrosa.
- **Los niños curiosos, intrépidos, aventureros, dispuestos a todo, que no temen a nada.**

En estos sujetos vulnerables se encuentran generalmente los accidentes que se repiten. (Abalone, Alemanda, Reeves, Renny, & Seiguerman, 2000)

Es importante recordar que todos los niños están expuestos a los accidentes por el propio fenómeno de su evolución psicomotora. Existen pocos riesgos personales en el lactante pequeño, el cual depende estrechamente de los que lo rodean y en quien la patología accidental es casi siempre ocasionada por terceros: padres, hermanos y cuidadores. La *predisposición fisiológica* de los niños pequeños a los accidentes puede ser neutralizada solamente por los adultos responsables de su seguridad y su educación. Abandonado sin defensa en un medio hostil y peligroso, el niño debe ser protegido contra sí mismo y contra este medio. Es un problema de vigilancia, de orden y de autoridad. (Abalone, Alemanda, Reeves, Renny, & Seiguerman, 2000)



La falta de vigilancia es flagrante en los casos de niños, mientras los padres trabajan y que son confiados a un abuelo, hermano mayor, vecino. Esto también puede ocurrir en las familias numerosas, donde los padres sobrecargados de niños pequeños, no son capaces materialmente de vigilar a todos sus hijos. (Hijar, López, Lozano, & Tapia, 1992)

Los problemas familiares que generan estrés, el cambio de la rutina habitual (fiestas, vacaciones), el bajo nivel socioeconómico y/o educacional; también favorecen al desarrollo de accidentes domésticos en los niños. (Herscovici, Iñon, & Roca Rivarola, 1993)

Aunque el medio ambiente cumple un gran papel, es necesario precisar que el hecho de que un niño esté vigilado por un adulto, no impide siempre que un accidente se pueda producir. Más del 50% de los accidentes ocurren en presencia de un adulto en un momento de distracción o simplemente porque el adulto no se imagina o piensa que una determinada situación puede representar un peligro para el niño. Hay que destacar también, que el ejemplo de los adultos es muy importante en el esquema de la prevención del accidente. Los malos hábitos del adulto pueden ser causa frecuente de accidente en el niño, ya que éste lo imita todo. (Hijar, López, Lozano, & Tapia, 1992)

La importancia de una vigilancia inadecuada de los padres, la sobrepoblación del hogar, las comodidades insuficientes, la falta de espacio para guardar los productos peligrosos, etc.; son factores de riesgos a tener en cuenta. Estas aseveraciones son especialmente válidas en el caso de los accidentes domésticos, que representan la mitad de los accidentes infantiles. (Herscovici, Iñon, & Roca Rivarola, 1993)

El *hogar*, definido como el espacio geográfico en el que habita la familia, se caracteriza porque puede o no estar fijo, y no necesariamente debe haber secciones y paredes divisionarias. Dicho de esa manera, el hogar puede ser itinerante y vale el término para aplicarlo a una familia que vive en una auto-casa, en un circo, o bien, que habita en un albergue o debajo de un puente. La morfología de un hogar depende de muchos factores y podría denominarse como típico aquel constituido por sala, comedor, cocina, dormitorio, baño, patio, lavadero; y el no típico, que no posee los espacios mencionados. (Baeza Herrera, García Cabello, Godoy Esquivel, & Velasco Soria, 2008)

Dentro de este trabajo “Frecuencia de accidentes en el hogar en niños de 1 a 10 años” se trataron los accidentes ocurridos dentro del ámbito hogareño.

Las lesiones estudiadas fueron las provocadas por:

- Traumatismos.
- Quemaduras.
- Mordeduras.
- Caídas.
- Ingestión de productos tóxicos.
- Asfixia.
- Descargas eléctricas.
- Heridas.

**Caídas, golpes y heridas:** son las circunstancias más frecuentes como origen de lesiones traumáticas en la niñez. Aunque el 90% de accidentes en el hogar son traumatismos, la gran mayoría son contusiones y heridas leves y muchos de ellos requiere hospitalización por lesiones producidas contra muebles, objetos bajos y caída por la escalera. Ocurren cuando el lactante comienza sus desplazamientos, progresa en sus capacidades motoras, e intenta ponerse de pie y da sus primeros pasos, o se encuentra jugando.

La mayor parte de las lesiones son leves y hacen más del 50% del total de las consultas en los servicios de urgencia; sin embargo, las denominadas caídas de altura máximas pueden ser graves y ocasionalmente mortales. (Romero, 2007)

**Quemaduras:** representan para el niño y su familia una prolongada convalecencia y para la Salud Pública, un gasto importante de recursos. La consideramos una enfermedad endémica, constituyendo una causa importante de morbimortalidad. Por otra parte, y principalmente para el paciente quemado, el sufrimiento que representa una patología que involucra lo estético como preocupación, además de lo eminentemente orgánico.

Si bien la mortalidad por quemaduras ha disminuido en los últimos años, siguen produciéndose casos mortales. (Brussoni, Joshi, Khambalia, Macarthur, Morrongiellio & Raina, 2006)

Afectan más frecuentemente a los lactantes mayores y preescolares, de ambos sexos, durante los meses de invierno y en regiones de clima frío, afectando a familias de

situación socioeconómica precaria, en condiciones de hacinamiento, con escasas medidas de protección. Se originan principalmente por contacto con estufas (braseros), u otros objetos calientes, por manipulación de equipos eléctricos y en incendios, causados por cigarrillos encendidos.

Las lesiones por líquidos calientes son más frecuentes en niños menores de 4 años, sufren quemaduras más profundas, afecta una mayor proporción de superficie corporal que el adulto, en contacto con similar cantidad de energía térmica. También al acercarse al fuego, o a estufas encendidas, sus ropas pueden prenderse, especialmente si son de materiales inflamables como el nylon.

**Intoxicaciones:** si bien no son la causa central, dan cuenta de la falta de conocimiento de los adultos sobre los riesgos con los que ponen en contacto a sus hijos. No todos los líquidos al alcance de los niños son igualmente peligrosos, pero muchas veces los padres no saben que le dejan a mano cosméticos en el baño, como geles de ducha, que pueden causar graves daños.

Cualquier sustancia, ya sea endógena o exógena, puede actuar como tóxico; todo depende de la condición del sujeto, dosis y ambiente. (Brussoni, Joshi, Khambalia, Macarthur, Morrongiellio & Raina, 2006)

Existen tres tipos de intoxicaciones:

- **Intoxicaciones farmacológicas:** están en relación con errores en la dosificación por parte de los cuidadores en casa, como también la incorrecta ubicación de los medicamentos (puerta de heladera o mesadas bajas), estos deberían ser ubicación fuera de su alcance. Una de las más frecuentes es la intoxicación por antitérmicos.
- **Intoxicación por productos tóxicos (domésticos):** los cáusticos son un amplio grupo de productos que tienen un carácter ácido o básico y constituyen la intoxicación no medicamentosa más frecuente en la edad pediátrica. Los hidrocarburos representan la segunda causa de intoxicación, el 25% de todas las intoxicaciones en menores de 5 años y el 5% de todas las intoxicaciones infantiles. La edad de máxima incidencia se da por debajo de los 5 años y más del 90% son sin síntomas, o con síntomas mínimos (40% tos, 10% letargo).

- **Intoxicaciones por monóxido de carbono:** se pueden dar por combustión incompleta de cualquier derivado del carbono: estufas, calentadores, gas butano, hornos, tubos de escape. Es inodoro, incoloro y no irritante, por lo que puede provocar la muerte sin que haya respuesta de defensa en la persona.

**Mordeduras:** dentro de las mordeduras, las provocadas por perros representan un motivo de consulta frecuente.

Se estima que alrededor del 1% de las atenciones en servicios de urgencias a niños menores de 12 años se deben a mordeduras de perros y, si bien la mayoría de las lesiones son leves y no precisan atención sanitaria, éstas pueden ser graves, incluso fatales. En más del 50% de los casos, el perro es agredido en forma voluntaria o involuntaria o molestado cuando duerme, come o amamanta a su cría. El 75% de las mordeduras de perro son producidas por animales conocidos y 15%, por animales propios, pero habitualmente, por ser lesiones leves, no se concurre a la consulta médica y se producen subregistros.

Las lesiones graves afectan principalmente a niños menores de 10 años y comprometen cabeza y cuello. Estas lesiones provocan importantes secuelas físicas (compromiso ocular, penetración craneal, lesión cerebral), estéticas y psicológicas, tanto en los niños como en sus padres.

Es importante tener en cuenta que el perro debe ocupar siempre el rango jerárquico menor en el grupo familiar, de esta forma evitamos el comportamiento de dominación-agresión y promovemos el comportamiento de sumisión en el animal. (Brussoni, Joshi, Khambalia, Macarthur, Morrongiello & Raina, 2006)

### **Asfixia:**

- **Asfixia por inmersión:** se sitúa para todos los grupos de edad de más de 1 año (1 a 19 años) como la tercera causa de muerte accidental. Los menores de 5 años se ahogan en una pequeña cantidad de agua y el mecanismo de producción suele ser una caída y se estima que la muerte puede producirse en un recipiente con altura de agua de más de 20 cm. La edad de mayor riesgo es de los 18 meses de vida a los tres años.

- **Asfixia por ingestión de cuerpos extraños:** debemos recordar que los alimentos más peligrosos en lactantes y niños son los caramelos y pastillas pequeñas, las frutas secas, los pochoclos, espinas de pescado y los maníes. A veces un hermano puede ser el responsable de colocarle objetos en la boca al niño pequeño.

Cualquier objeto o juguete pequeño, que se pueda introducir completo en la boca del niño, representa un riesgo potencial, como bolitas, juegos para armar, monedas, tapitas de bolígrafos y muñecos u ositos con ojos que puedan desprenderse; también los objetos brillantes o de colores llaman su atención con mayor intensidad.

Si bien la prevención de accidentes infantiles en el hogar debe necesariamente hacerse desde numerosos ángulos y a partir de varias disciplinas, el pediatra puede jugar un importante rol en la concientización de las familias y de la comunidad respecto a este tema. (Romero, 2007)

### **Problema:**

¿Cuál es la frecuencia de presentación de accidentes infantiles en el hogar en pacientes que concurren a la consulta médica en una Clínica privada en la localidad de Arroyo Seco en Santa Fe?

### **Objetivos:**

#### *Objetivo general*

Caracterizar la frecuencia de presentación de accidentes en el hogar, de niños entre 1 a 10 años de edad, que concurren a una consulta pediátrica en la institución privada “Clínica Dr. Lucente” de la ciudad de Arroyo Seco.

#### *Objetivos específicos*

- ✓ Caracterizar los accidentes según edad, tipo de accidente, lugar de las lesiones, gravedad de las mismas y conducta médica.
- ✓ Reconocer los factores de riesgo para promover acciones preventivas.
- ✓ Identificar los escenarios de los accidentes de niños en sus hogares e investigar las conductas de los responsables de acuerdo a los tipos de accidentes.

## **Materiales y métodos:**

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y prospectivo en base a una encuesta realizada a padres de niños de 1 a 10 años de edad, que concurrieron al consultorio pediátrico del efector privado; “Clínica Dr. Lucente” de la ciudad de Arroyo Seco, durante el período comprendido entre el 01 de mayo y el 31 de agosto de 2018.

Para la búsqueda de información se aplicó una encuesta, extraída del trabajo “Frecuencia de accidentes en el hogar” que realizó la Dra. Cuño, Julieta en el año 2010. Dicha encuesta fue validada por medio de la realización a más de 200 personas en la ciudad de Rosario. El instrumento de recolección de datos consistió en 110 encuestas elaboradas para tal fin, con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). (Ver anexo).

Los datos fueron resguardados por las Leyes N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y N° 25.326 de Protección de los Datos Personales.

La encuesta se realizó en la sala de espera correspondiente a los consultorios del Servicio de Pediatría, a los padres o responsables del menor. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (los encuestados se seleccionan porque están en el lugar correcto y en el tiempo adecuado).

El criterio de inclusión en la muestra fue: niños de 1 a 10 años que concurrieron a la consulta pediátrica. Se excluyeron del estudio los niños atendidos por maltrato.

Se analizaron las siguientes variables:

- Familiar que acompaña al menor: padre, madre, otro.
- Edad del familiar: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- Escolaridad del familiar: analfabeto, nivel primario: completo o incompleto, secundario: completo o incompleto, terciario o universitario: completo o incompleto.
- Situación laboral: Trabaja: sí o no. Especificando actividad.
- Edad del niño: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- Escolaridad Infantil: sí, no; pública o privada.

- Tipo de accidente:
  - Traumatismo: cabeza, miembros, tórax, abdomen, combinación de dos o más.
  - Quemaduras: por agua hirviendo, por fuego, calefactores. Especificando lugar de la lesión.
  - Mordedura: animal, persona. Especificando lugar de la lesión.
  - Caídas: con fractura o sin fractura. Desde donde: cama cucheta, cama, cuna, balcón, escalera. Especificando lugar de la lesión.
  - Intoxicación: medicamentos, productos tóxicos (de cocina, de limpieza), por monóxido de carbono.
  - Asfixia: ingestión de cuerpo extraño, bolsa de plástico, inmersión.
  - Descargas eléctricas: enchufes, aparatos eléctricos.
  - Heridas: objetos cortantes (cuchillos, navajas de afeitarse, fragmentos de vidrios rotos, borde afilado de papel, bordes ásperos de metal), objetos punzantes (aguja, tornillo, lápiz, palillo de dientes, uñas, alambres), arma de fuego. Especificando lugar de la lesión.
- Lugar de la casa en donde ocurrió el accidente: cocina, comedor, baño, dormitorio, balcón, terraza, patio, jardín, garaje, ascensor, lavadero, escalera.
- Realizó una consulta médica por el accidente: sí o no. En forma inmediata o tardía.
- Gravedad de la lesión: leve (requirió solamente atención ambulatoria), moderada (requirió más de una atención, estudios complementarios o internación en sala), grave (internación en UCIP).
- ¿En el momento del accidente: el niño/a se encontraba solo o acompañado?
- ¿Recibió información por parte de su pediatra sobre los accidentes en el hogar?: No, insuficiente, suficiente.
- Interés por recibir mayor información sobre la prevención de accidentes en el hogar: sí o no.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los mismos se tabularon para su presentación. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación  $p \leq 0,01$ .



## Resultado:

### Parentesco Familiar – Situación laboral

<b>Tabla I.</b> Familiar que llevó al niño a la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Parentesco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Padre</b>	39	35,45
<b>Madre</b>	61	55,45
<b>Otro</b>	10	9,10
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Se observa que el 91% de los niños fueron a la clínica acompañados de uno de sus padres. Particularmente, aproximadamente el 56% de los niños fue acompañó de su madre, de las cuales, se observó que el aproximadamente el 54% de ellas trabajan, mientras que el total de padres que llevaron a su hijo o hija trabajan.

### Nivel educativo del familiar

<b>Tabla II.</b> Nivel de educación alcanzado por el familiar que acompañó al niño a la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Nivel educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primario Completo	9	8,18
Secundario Incompleto	34	30,91
Secundario Completo	47	42,73
Terciario Incompleto	3	2,73
Terciario Completo	12	10,9
Universitario Incompleto	1	0,91
Universitario Completo	4	3,64
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

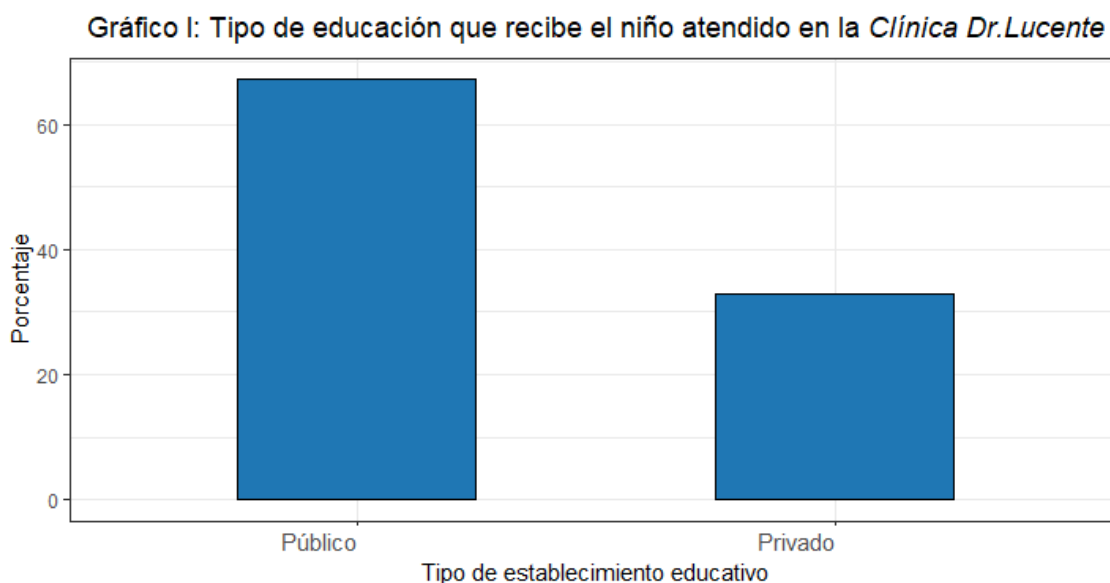
En relación al nivel educativo, aproximadamente el 43% de los familiares completaron los estudios secundarios. Por otro lado, el 18% de los familiares siguieron un estudio terciario o universitario, de los cuales aproximadamente el 11% y 4% finalizaron la carrera terciaria o universitaria respectivamente

### **Asistencia del niño a un establecimiento educativo**

La asistencia escolar se evalúa para el subgrupo de niños de 4 años o más, ya que se considera a los niños con edad para asistir al ciclo de educación básica. El subgrupo está conformado por 79 niños, para los cuales se halló un valor perdido en la variable “Acude a un establecimiento”, para el resto de los niños de la muestra se observa que estos acuden a un establecimiento educativo.

### **Establecimiento educativo**

En cuanto al tipo de educación que reciben los niños, se observa que el 67% asiste a un establecimiento público, mientras que el 33% asiste a un establecimiento privado



**Fuente:** Encuesta realizada en la *Clínica Dr.Lucente* - Ciudad de Arroyo Seco, durante el período mayo-agosto del año 2018

## Edad del niño

**Tabla III.** Distribución de edad de los niños a la “Clínica Dr. Lucente”

Intervalo	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
[1,2)	3	2,7	3	2,7
[2,3)	15	13,6	18	16,3
[3,4)	12	10,9	30	27,2
[4,5)	16	14,5	46	41,7
[5,6)	15	13,6	61	55,3
[6,7)	16	14,5	77	69,8
[7,8)	14	12,7	91	82,5
[8,9)	7	6,4	98	88,9
[9,10)	9	8,2	107	97,1
[10,11)	3	2,7	110	100

La distribución de la edad de los niños atendidos por accidentes en la “Clínica Dr. Lucente” durante el período de mayo-agosto del corriente año es aproximadamente simétrica, con media aproximadamente igual a 5 años y con desvío estándar de 2.35. Además, se observa que la mayoría de los niños en el estudio tienen entre 4 y 7 años.

## Accidentes

**Tabla IV.** Tipo de accidentes sufridos por los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”

Accidente	Frecuencia	Porcentaje
Quemadura	22	20
Heridas	19	17,27
Caídas	18	16,36
Mordedura	11	10
Intoxicación	11	10
Traumatismo/Caída	11	10
Asfixia	9	8,18
Descarga eléctrica	6	5,45
Traumatismo	1	0,91
Mordedura/Caída	1	0,91
Traumatismo/Herida	1	0,91
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

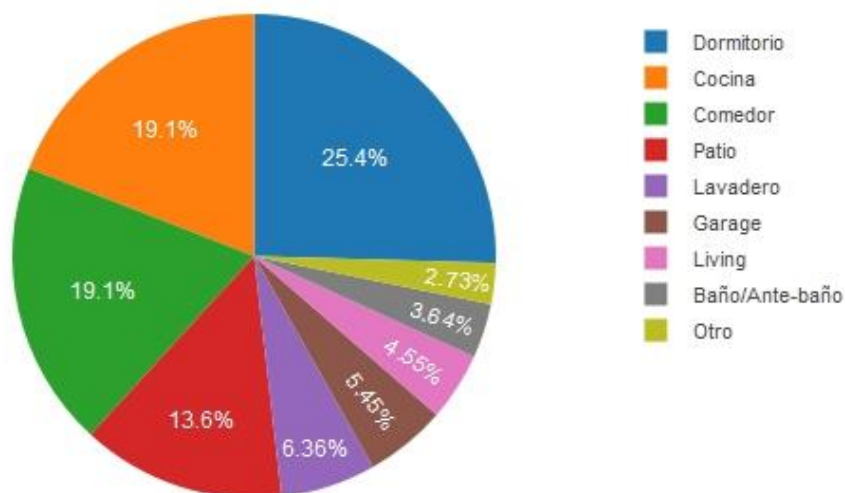
Los tipos de accidentes observados con mayor frecuencia son las quemaduras, heridas y caídas, los cuales representan aproximadamente el 54% de los accidentes observados en la muestra durante el período de observación en la clínica. En menor medida, se

presentaron mordeduras e intoxicaciones, representando cada una el 10% de los accidentes. Además, se observaron combinaciones de accidentes, y se detectó que aproximadamente el 11% de los niños presentaron más de un accidente.

### Lugar en donde sucedió el accidente

Con el fin de detectar factores de riesgo en los hogares de la muestra, se presenta los lugares en donde ocurrieron cada uno de los accidentes.

Gráfico II: Lugares de la casa en donde sucedió el accidente



Los lugares del hogar donde se presentaron la mayor cantidad de accidentes son el dormitorio, con un porcentaje del 25,4%, la cocina y el comedor, que representan cada uno un 19,1% del total. En menor medida los accidentes ocurrieron en el patio. Esta última categoría engloba distintas opciones dadas por los encuestados, estas son: patio interno, patio, patio delantero, pasillo interno y vereda interna.

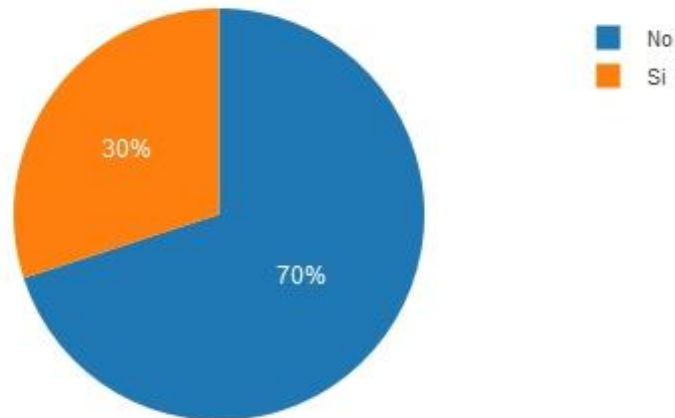
El restante 22,73% esta se divide en las categorías de lavadero, garage, living, baño o ante baño, balcón interno y escalera de un segundo piso – estos dos últimos conforman la categoría “Otro”, dicha categoría se creó para simplificar el gráfico ya que cada uno se presentó una sola vez.

A continuación, se estudia más en detalle la ocurrencia de cada accidente.

## Caídas

El siguiente gráfico presenta el porcentaje de fracturas en niños que tuvieron como accidente una caída.

Gráfico III: Accidente que incluye una caída según si el niño se fracturó



Se puede observar que el 70% de los niños que tuvieron como accidente una caída, no presentaron una fractura. Además, se observa que el porcentaje de caídas que ocurrieron en el momento en que el niño se no se encontraba acompañado fue de aproximadamente de 63%.

Es importante notar que en este caso también se incluyen a los niños que presentaron más de un accidente, siendo uno de ellos una caída. Es decir, los niños que presentaron una caída y mordedura y los que presentaron una caída y un traumatismo, cada una de estas categorías solo presento a un niño.

Por otro lado, se evalúa el lugar desde donde se ocurrió la caída del niño.

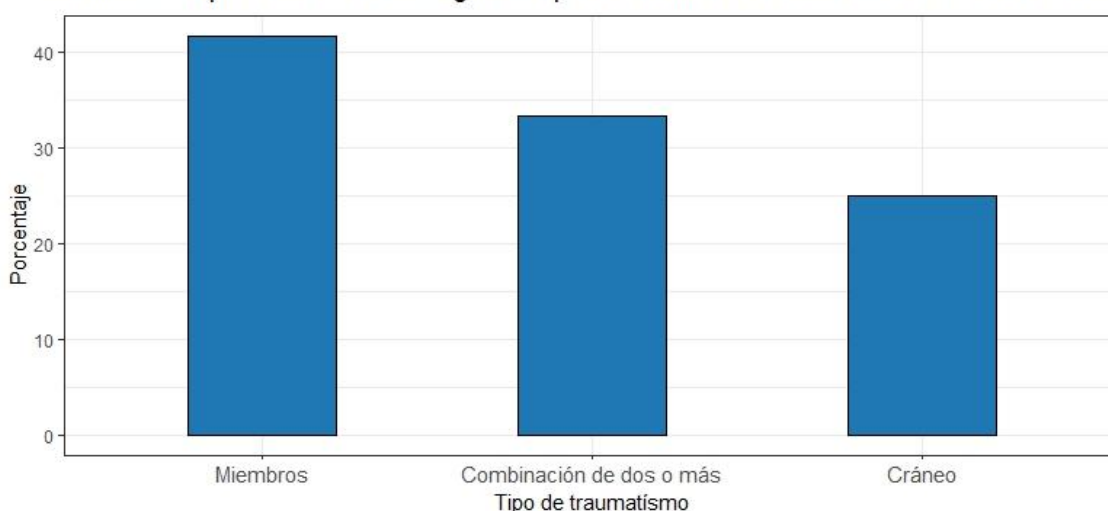
<b>Tabla V. Lugar de la caída registrado para los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”</b>		
<b>Lugar de la caída</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cama cucheta	8	26,67
Cama	4	13,33
Cuna	7	23,33
Balcón	1	3,33
Escaleras	9	30
Otro	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

A partir del gráfico se puede notar que el 30% de los niños que sufrieron una caída lo hicieron desde una escalera, también se observaron porcentajes de un 27%, 23% y 13% para caídas desde cama cucheta, cuna y cama respectivamente.

### Traumatismo

El siguiente gráfico presenta las proporciones de los distintos traumatismos detectados para los niños que sufrieron un traumatismo.

Gráfico IV: Tipo de traumatismo registrado para los niños atendidos en la *Clínica Dr.Lucente*



Fuente: Encuesta realizada en la *Clínica Dr.Lucente* - Ciudad de Arroyo Seco, durante el período mayo-agosto del año 2018

En primera instancia, se observa que los únicos tipos de traumatismos detectados en forma individual fueron el traumatismo de Miembros y el de cráneo, los cuales representan el 42% y el 25% respectivamente. Por otro lado, se puede notar que existe un alto porcentaje, alrededor del 33%, de combinación de dos o más tipos de traumatismos.

Cabe destacar que las opciones de traumatismo contempladas en la encuesta eran:

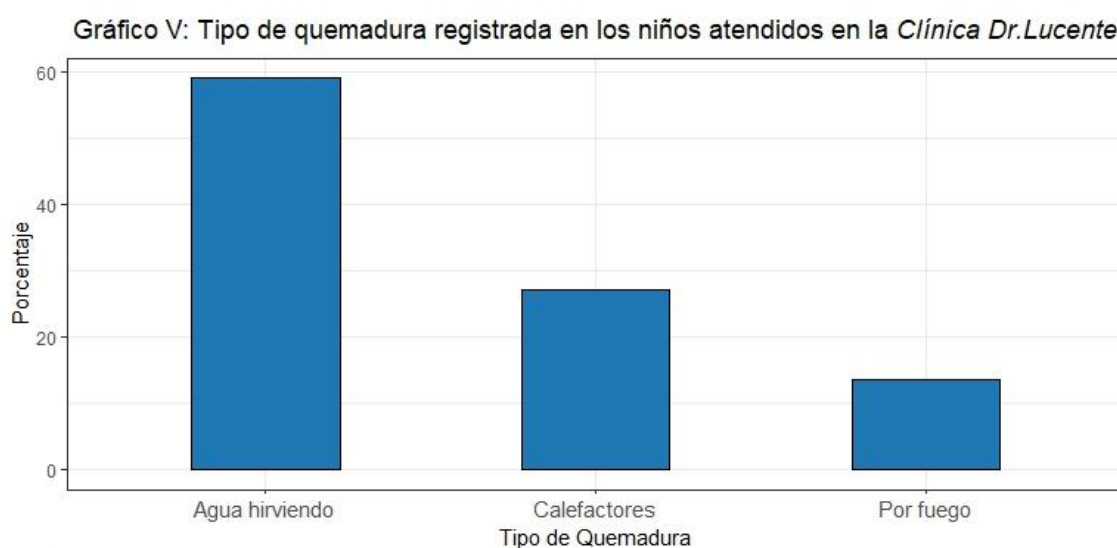
- Traumatismo de cráneo
- Traumatismo de Tórax
- Traumatismo de Miembros
- Traumatismo de Abdomen
- Combinaciones de dos o más

Por lo que el 33% asociado a una combinación de dos o más traumatismo puede contemplar cualquiera de los enlistados.

## Quemaduras

El porcentaje de niños que fueron atendidos por quemaduras durante el período de mayo-agosto del 2018 en la Clínica Dr. Lucente presentaban el porcentaje más alto – del 20% -.

El 60% de las quemaduras registradas en los niños fueron provocadas por agua hirviendo, mientras que un 27% fueron producidas por calefactores y el 27% restante por fuego.



Fuente: Encuesta realizada en la *Clínica Dr. Lucente* - Ciudad de Arroyo Seco, durante el período mayo-agosto del año 2018

## Mordeduras

Los accidentes por mordedura representaron el 10% del total de accidentes observados en el período mencionado, este porcentaje representa a 12 niños, de los cuales, 11 fueron mordidos por un animal – el 92%– y sólo uno fue mordido por una persona, la cual se produjo en la legua –el 8%– este individuo también presentó como accidente una caída, por lo que podría pensarse que la mordida fue propia.

<b>Tabla VI. Tipo de mordedura registrado en los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”</b>		
<b>Tipo de mordedura</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Animal	11	91,67
Persona	1	8,33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

## Intoxicación

En cuanto a los accidentes por intoxicación, los porcentajes de intoxicación por medicamentos similares a los de intoxicación por productos tóxicos, siendo este último levemente superior. Además, al observar las frecuencias se nota que difieren en un individuo.

<b>Tabla VII.</b> Tipo de intoxicación registrado en los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Tipo de intoxicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Medicamentos	5	45,45
Productos tóxicos	6	54,55
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

## Asfixia

En el caso de los accidentes de asfixia todos los casos registrados fueron de asfixia por la ingesta de un cuerpo extraño, este tipo de accidente representa el 8% del total.

## Descargas eléctricas

Para los accidentes por descarga eléctrica, los cuales representan sólo el 5,45% del total, se observa que la mayoría - 67% aproximadamente- se produce por aparatos electrónicos.

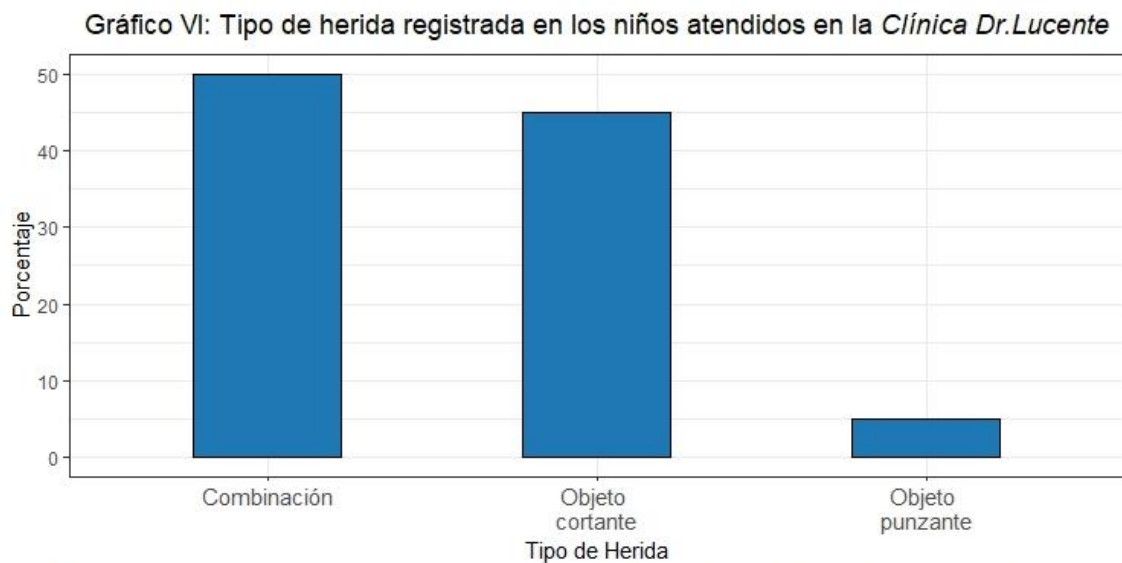
<b>Tabla VIII.</b> Tipo de descarga eléctrica recibida en los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Tipo de descarga eléctrica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Enchufes	2	33,33
Aparatos electrónicos	4	66,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>



## Heridas

Los accidentes clasificados como heridas representan el 17,27% del total de accidentes registrados. Dentro de estos accidentes se registraron 3 categorías de heridas – Objeto punzante, Objeto cortante, Combinación-

Se debe destacar que el total de niños con heridas del tipo “combinadas” presentaban heridas por objetos punzantes y cortantes, esta categoría representa el 50%, mientras que las heridas por objetos cortantes representan el 45% y las heridas por objetos punzantes solo el 5%.



Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Dr.Lucente - Ciudad de Arroyo Seco, durante el período mayo-agosto del año 2018

## Lugar de la lesión

A continuación, se detallan los porcentajes del lugar de la lesión para los accidentes por quemadura, mordedura caídas y heridas, por lo que se reduce el tamaño de la muestra de 110 niños a 83, que son los que presentaron alguno de los accidentes mencionados.

En el siguiente gráfico se agruparon varias de las categorías registradas con el fin de mejorar la visualización de las lesiones. Se agruparon según el lugar del cuerpo en donde ocurría, y para el caso de la categoría “otro”, se agrupo por minoría.

En el anexo se presenta la tabla que indica como se hizo la agrupación.



Se puede observar que la mayoría de las lesiones por alguno de los accidentes mencionados se produjeron en los miembros superiores, miembros inferiores o en la cabeza, con porcentajes 27,7%, 25,3% y 22,9% respectivamente. En menor medida, la categoría Boca/cara presenta alrededor del 11% de las lesiones.

Además, se observó que aproximadamente el 18% de los niños atendidos presentaron dos lesiones debido al accidente.

<b>Tabla IX.</b> Cantidad de lesiones sufridas por los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Lesiones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 lesión	68	81,93
2 lesiones	15	18,07
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

### Gravedad

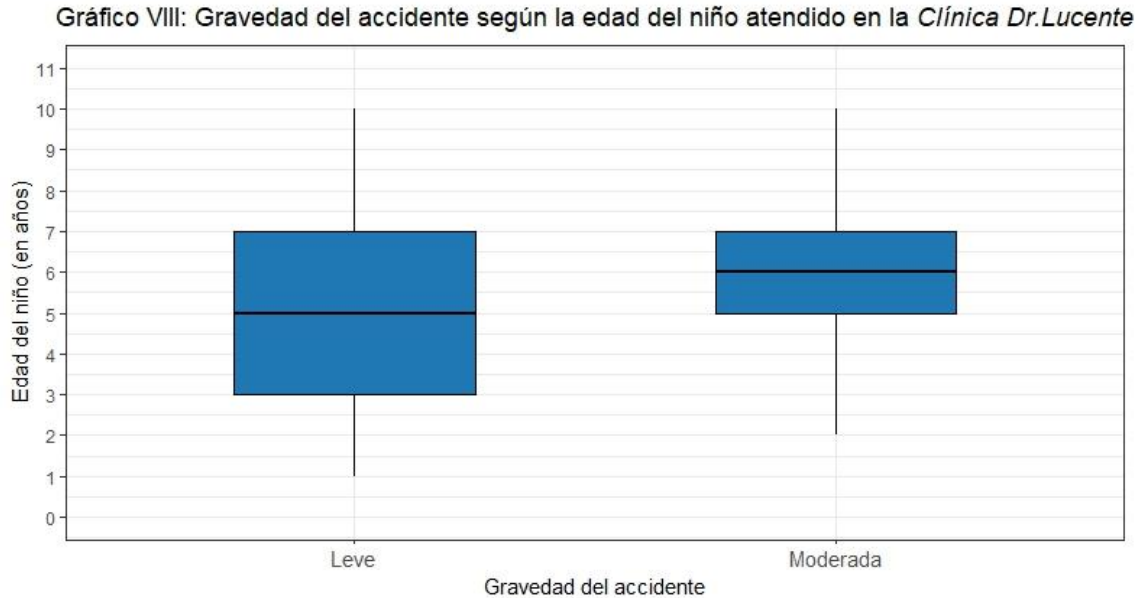
Para el representan el caso de la variable “Gravedad” se encontraron 19 observaciones perdidas, las cuales fueron descartadas del análisis. Estas observaciones 17.24% del total.

<b>Tabla X.</b> Gravedad del accidente del niño atendido en la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Gravedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Leve	57	62,64
Moderada	34	37,36
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100</b>
Observaciones perdidas: 19		

En la muestra recolectada, se observa que alrededor del 63% de los accidentes se catalogaron como “leves”, es decir que requirieron solamente de atención ambulatoria, mientras que el 37% son catalogados de gravedad “Moderada”, es decir que requirieron de estudios complementarios o de una internación en sala. Por otro lado, no se presentaron accidentes que hayan requerido de una internación en UCIP.

## Gravedad según edad

A continuación, se presenta la distribución de la edad de los niños según el nivel de gravedad presentado por el accidente.



Fuente: Encuesta realizada en la *Clínica Dr.Lucente* - Ciudad de Arroyo Seco, durante el período mayo-agosto del año 2018

Se puede ver que la distribución de las edades parecería ser aproximadamente asimétrica para ambas categorías de gravedad. Sin embargo, la categoría leve presenta mayor dispersión que la categoría moderada. Además, se observa que el 50% de los niños que presentaron un accidente del tipo leve tienen alrededor de 5 años. Mientras que el 50% de los niños que presentaron un accidente de gravedad moderada, tienen una edad alrededor de 6 años. Debido a que las distribuciones son simétricas, el valor de la mediana de la edad en ambos grupos es similar a la media dada para la edad de los niños.

## Gravedad según tipo de accidente

A continuación, se grafican los distintos tipos de accidente para cada una de las categorías de gravedad.

Gráfico IX.I: Gravedad del accidente leve según el tipo de accidente

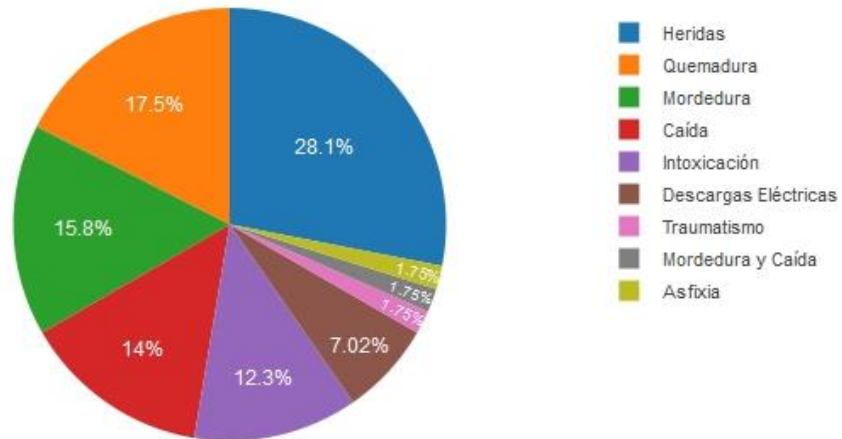
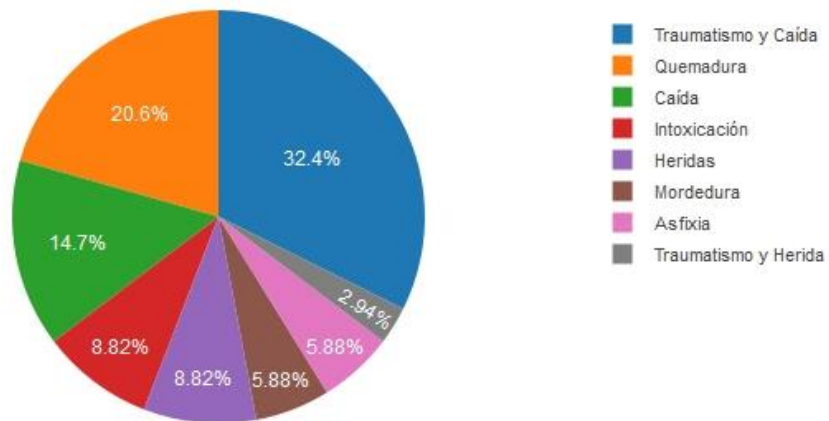


Gráfico IX.II: Gravedad del accidente moderada según el tipo de accidente



En primera instancia se nota que no se presentan todas las categorías de accidentes en cada nivel de gravedad, además, cuando aparecen las mismas categorías, estas representan distintos porcentajes.

El gráfico IX.I presenta el porcentaje para cada tipo de accidente cuando la gravedad es leve. En este caso, se observa que los accidentes por heridas presentan el porcentaje más alto, el cual es de 28,1%, mientras que representa un porcentaje cercano al 9% en el gráfico IX.II, el cual diferencia a los accidentes según gravedad moderada. En segundo

lugar, para ambos gráficos, se presentan los accidentes por quemadura con un porcentaje del 17,5% y de 20,6% respectivamente.

En el gráfico IX.II la mayoría de los accidentes son del tipo traumatismo y caída, y representan el 32,4%, esta categoría no se presenta para el caso de gravedad leve.

Se debe remarcar que el gráfico IX. I se construye en base los datos de 57 niños, mientras que el gráfico IX.II está construido en base a 34 niños.

### **Gravedad según compañía**

En la tabla XI se puede observar que, tanto para gravedad leve como moderada, el porcentaje de accidentes es menor para la situación en donde el niño se encontraba acompañado.

<b>Tabla XI. Nivel de gravedad según si el niño se encontraba acompañado al momento del accidente- para niños atendidos en la "Clínica Dr. Lucente"</b>			
<b>Compañía</b>	<b>Gravedad</b>		<b>Total</b>
	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	
Solo	35,16	27,47	<b>62,63</b>
Acompañado	27,47	9,89	<b>37,36</b>
<b>Total</b>	<b>62,63</b>	<b>37,36</b>	<b>100</b>
Observaciones perdidas: 19			

### Accidente según compañía

En la tabla XII se puede observar la distribución del tipo de accidente según si el niño se encontraba solo o acompañado al momento del accidente. Se puede observar que la mayoría de los accidentes – el 59,10% - ocurrieron cuando el niño se encontraba solo. En esta situación el accidente que se presenta con mayor frecuencia fue el de una caída o de traumatismo y caída, que representa el 17,27%, mientras que para el caso en donde el niño se encontraba acompañado, el accidente que se presenta con mayor frecuencia es el accidente por quemadura, que representa aproximadamente el 12%.

Accidente	Compañía	
	Solo	Acompañado
Quemadura	8,18	11,82
Asfixia	1,82	6,36
Caídas /Traumatismo y Caída	17,27	9,09
Descarga eléctrica	4,55	0,91
Heridas	9,09	8,18
Intoxicación	8,18	1,82
Mordedura/ Mordedura y Caída	9,09	1,82
Traumatismo/ Traumatismo y Herida	0,91	0,91
<b>Total</b>	<b>59,09</b>	<b>40,91</b>

## Consulta

En la tabla XIII se presentan los porcentajes de los familiares que realizaron una consulta luego del accidente. Se observa que aproximadamente el 83% de los familiares realizaron una consulta médica luego del accidente. Además, si se compara según la gravedad de la consulta, se observa que el porcentaje de valores perdidos de la variable gravedad coinciden con el porcentaje de familiares que no realizaron una consulta luego del accidente, por lo que no se cuenta con la información acerca de la gravedad del accidente para aquellos que no realizaron una consulta médica.

<b>Tabla XIII.</b> Realización de una consulta médica debido al accidente de los niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”		
<b>Consulta médica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	91	82,73
No	19	17,27
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

## Recepción de información

En el gráfico XIV se observa que el 45.5% de los familiares opinan que recibieron información insuficiente, mientras que el 39.1% dice haber recibido información suficiente. Por otro lado, el 15.5% restante dijeron no haber recibido información acerca de los accidentes en el hogar.

<b>Tabla XIV.</b> Información que le fue dada según a si le gustaría recibir más información para familiares de niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”			
<b>Recepción</b>	<b>Quisiera recibir más información</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
No recibió información	15,45	0	<b>15,45</b>
Recibió información insuficiente	42,73	2,73	<b>45,45</b>
Recibió información suficiente	23,64	15,45	<b>39,10</b>
<b>Total</b>	<b>81,82</b>	<b>18,18</b>	<b>100</b>

**Nota:** Los porcentajes totales de la tabla para la variable recepción coinciden con los porcentajes en el gráfico XIV, solo que en el gráfico se presentan con redondeo a un decimal.



Se puede observar que a el 82% de los familiares de los niños les gustaría recibir más información acerca de los accidentes domésticos. Este porcentaje está compuesto por el total de familiares que dijeron no haber recibido información, por un 42,73% que representa a los familiares que recibieron información insuficiente, y por un porcentaje del 23,64% asociado a los familiares que dijeron haber recibido suficiente información.

En esta instancia se procede a comparar la existencia de asociaciones entre algunas de las variables recolectadas. En mayor medida, se comparará a la variable “Gravedad” con variables como:

- Compañía
- Recepción de información sobre accidentes en el hogar
- Edad del niño

Es importante notar que la variable referida a la gravedad del accidente es del tipo ordinal, y será comparada con variables nominales – “Compañía” y “Recepción”- y con la variable “Edad”, que es originalmente del tipo continua, la cual será re-categorizada formando una nueva variable ordinal con el fin de realizar la comparación propuesta. Por otro lado, también se prueba la existencia de asociación de la variable “Compañía” con la variable “Situación laboral del familiar”, que del tipo nominal.

Se debe destacar que, debido a la ordinalidad presentada por la variable “Gravedad”, la estadística chi-cuadrado no será la más apropiada para detectar asociación. En este caso particular, la prueba de independencia se puede realizar mediante el test de diferencia de medias de scores, el cual contempla la ordinalidad de la variable mediante la asignación de un score a cada categoría según su orden. La fórmula de cálculo de dicha variable se presenta en el anexo. La estadística mencionada, se denota como  $X_S^2$ , además, se debe destacar que la misma tiene distribución asintótica chi-cuadrado con grados de libertad iguales a la cantidad de categorías de la variable nominal menos 1. Dichas formulas fueron extraídas del libro “An Introduction to Categorical Data Analysis”. A. Agresti. (Wiley & Sons, 1996).

Por otro lado, es importante notar el que el alcance de las conclusiones halladas en este estudio, debido al tipo de muestreo utilizado no será posible la extrapolación de los resultados a nivel poblacional ya que la muestra no es representativa. Al provenir de un muestreo por conveniencia, esta muestra puede contener sesgos que no pueden

identificarse y controlarse. Sin embargo, este estudio puede utilizarse como un estudio piloto para futuras investigaciones en la población bajo estudio.

### Análisis I

A continuación, se evalúa la existencia de asociación de la variable “Gravedad” y “Compañía”. La variable gravedad presenta dos categorías ordinales,

- Leve: se refiere a si el niño requirió solamente atención ambulatoria
- Moderada: Se refiere a si el niño requirió estudios complementarios o internación en sala

Por otro lado, la variable referida a la compañía del niño al momento de accidente es del tipo binaria nominal, con categorías “Solo”- “Acompañado”

### Datos

<b>Tabla XV.</b> Gravedad del accidente discriminada por si el niño estaba acompañado en el momento del accidente – para niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”			
<b>Gravedad</b>	<b>Compañía</b>		<b>Total</b>
	<i>Solo</i>	<i>Acompañado</i>	
<i>Leve</i>	32	25	<b>57</b>
<i>Moderada</i>	25	9	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>34</b>	<b>91</b>
<b>Observaciones perdidas: 19</b>			

Es importante destacar que en este análisis -así como en todos los análisis que se realicen sobre la variable “Gravedad”- el tamaño de muestra utilizado es menor al recolectado debido a que dicha variable presentaba 19 observaciones perdidas, las cuales no fueron consideradas al momento del análisis.

Los scores elegidos para las categorías de la variable ordinal son uniespaciados, a la categoría “Leve” se le asigna un score igual a 1 mientras que a la categoría “Moderada” se le asigna un score igual a 2.

El resultado de la prueba es inconcluso. Esto se debe a que si observamos el valor  $p$ , este nos da significativo ( $p = 0.099 < 0.01$ ). Sin embargo, la estadística chi-cuadrado es igual a 2.72, lo que nos llevaría a no rechazar el test.

Teniendo una postura conservadora, se concluiría que dada la evidencia muestral y con un nivel de significación del 1%, no existe asociación entre la gravedad del accidente y si el niño estaba solo o acompañado. Es decir que, para la muestra observada, la gravedad del accidente no se ve afectada debido a si el niño se encontraba en compañía de alguien al momento del accidente o no.

En el caso de considerar un nivel de significancia del 10%, se llegaría al resultado de que existe una asociación entre la gravedad del accidente y la variable compañía, tanto si se evalúa el valor p como si se considera el valor chi-cuadrado observado.

## Análisis II

En este análisis se busca evaluar si existe una asociación entre “Gravedad” y la variable “Recepción”. En este caso se trabaja con dos variables ordinales, la variable “Recepción” presenta las siguientes categorías:

- No recibió información acerca de accidentes en el hogar
- Recibió información insuficiente acerca de accidentes en el hogar
- Recibió información suficiente acerca de accidentes en el hogar.

## Datos

<b>Tabla XVI.</b> Gravedad del accidente discriminada por la opinión del familiar del niño acerca de la información brindada por el médico – para niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”				
<b>Gravedad</b>	<b>Recepción de información</b>			<b>Total</b>
	<i>No</i>	<i>Insuficiente</i>	<i>Suficiente</i>	
<i>Leve</i>	19	20	27	<b>57</b>
<i>Moderada</i>	2	22	10	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>91</b>
<b>Observaciones perdidas: 19</b>				

Los scores asignados en este caso para la variable “Gravedad” son los mismos que los asignados para el Análisis I, además se agregan score uniespaciados para la variable “Recepción de información”.

En base a la evidencia muestral y con un nivel de significación del 1% los resultados no son significativos (valor  $p=0,67$ ), es decir que, para la muestra bajo estudio, no existe asociación entre la gravedad del accidente y la recepción de información sobre accidentes en el hogar ( $\text{Chi-cuadrado}=0.18$ ).

### Análisis III

En el siguiente inciso se evalúa si la existencia de independencia entre “Gravedad” y “Edad”. Como se mencionó anteriormente, la variable “Edad” es del tipo continua, por lo que para realizar la prueba es necesario re-categorizarla. La nueva variable contiene 4 categorías y está conformada de la siguiente manera

<b>Tabla XVII. Re-categorización para la variable “Edad del niño”</b>		
<i>Categoría (Score asignado)</i>	<i>Intervalo de edad</i>	<i>Cantidad</i>
1	[1,4)	20
2	[4,6)	28
3	[6,8)	25
4	[8,11)	18

Datos

<b>Tabla XVII.I Gravedad del accidente discriminada por la edad categorizada del niño– para niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”</b>					
<b>Gravedad</b>	<b>Edad Categorizada</b>				<b>Total</b>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	
<i>Leve</i>	17	15	15	10	<b>57</b>
<i>Moderada</i>	3	13	10	8	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>91</b>
<b>Observaciones perdidas: 19</b>					

Al igual que antes, los scores asignados para “Gravedad” son uniespaciados. Para el caso de la variable edad, se le asignan scores uniespaciados que coinciden con la categoría asignada en la tabla XVII. La diferencia para este análisis radica en que, al contar con dos variables ordinales, se utiliza la estadística  $M^2$ , la cual fue desarrollada por Mantel-Haenszel. Dicha estadística presenta una distribución chi-cuadrado asintótica, su fórmula es presentada en el anexo.

En base a la evidencia muestral y con un nivel de significación del 1%, los resultados no fueron significativos (valor  $p=0.11$ ). Por lo tanto, para la muestra obtenida en el estudio, la gravedad del accidente es independiente de la edad del niño (Chi-cuadrado=2.53).

#### Análisis IV

Para este análisis se busca evaluar si existe una asociación entre “Situación laboral del familiar” y “Compañía”. Las dos variables son del tipo binario, con niveles “Trabaja” – “No trabaja” y “Solo”- “Acompañado” respectivamente.

#### Datos

<b>Tabla XVIII</b> Situación laboral del familiar discriminada por si el niños estaba acompañado en el momento del accidente – para niños atendidos en la “Clínica Dr. Lucente”			
<b>Situación laboral del familiar</b>	<b>Compañía</b>		<b>Total</b>
	<i>Solo</i>	<i>Acompañado</i>	
<i>Trabaja</i>	19	15	<b>34</b>
<i>No trabaja</i>	46	30	<b>76</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>110</b>

Para esta prueba se trabaja con dos variables nominales, por lo que será correcto utilizar la estadística chi-cuadrado para probar independencia entre las variables.

Dada la evidencia muestral y con un nivel de significación del 1% no se obtuvo un resultado significativo (valor  $p=0.8$ ), por lo que se concluye que no existe asociación entre la situación laboral del familiar y si el niño se encontraba solo al momento del accidente (chi-cuadrado=0.061). Estos resultados no pueden ser extrapolados a la población bajo estudio, sino que son particulares de la muestra obtenida.

Anexo de los resultados: Lugar de lesión

<b>Tabla Anexo I.</b>	
<b>Lugar de la lesión</b>	<b>Reagrupamiento</b>
boca	boca/cara
cara	boca/cara
lengua	boca/cara
mejilla	boca/cara
mentón	boca/cara
cabeza	cabeza
cabeza-miembros	cabeza-miembro/s
cabeza-miembros_sup	cabeza-miembro/s
muslos	miembro/s inf
nalga	miembro/s inf
pie	miembro/s inf
pierna	miembro/s inf
piernas	miembro/s inf
rodilla	miembro/s inf
brazo-pierna	miembro/s inf y sup
brazos-piernas	miembro/s inf y sup
brazo	miembro/s sup
brazo-clavícula	miembro/s sup
brazos	miembro/s sup
clavículas	miembro/s sup
cúbito-radio	miembro/s sup
dedo_indice	miembro/s sup
mano	miembro/s sup
mano-brazo	miembro/s sup
muñeca	miembro/s sup
miembros_inf	miembros/s inf
abdomen-pierna	otro
cabeza-pecho	otro
cara-brazo	otro
cara-cuello	otro
cuello-hombro	otro
rostro-pecho	otro

## **Discusión:**

Antes de comenzar las comparaciones y el desarrollo de la discusión sobre mi tesis de estudio final, cabe destacar que en nuestro país no existen tantos registros actuales sobre estudios de similares características, que estén referidos a accidentes infantiles en el hogar. Es bueno mencionar que el estudio realizado puede llegar a sentar un precedente y servir como material de consulta para futuras tesis.

En el trabajo de campo realizado para la producción de la tesis, el problema y disparador que funcionó como eje vertebral de dicho estudio fue ¿Cuál es la frecuencia de presentación de accidentes infantiles en el hogar en pacientes que concurren a la consulta médica en una Clínica privada en la localidad de Arroyo Seco en Santa Fe? El interrogante me llevó a realizar encuestas dentro de una institución médica de mi ciudad, para reunir información y dar un formato de respuesta a dicha pregunta.

Haciendo una comparación con la tesis exponencial de Cuño Julieta y su temática ***“Frecuencia de accidentes infantiles en el hogar”*** podemos determinar ciertas similitudes al comparar ambos trabajos, ya que los resultados arrojados pueden, guardar particularidades en cuestión de analogías.

En mi trabajo de campo al describir la parte más importantes que es ***“Los tipos de accidentes observados con mayor frecuencia”***, pude determinar que fueron las quemaduras, heridas y caídas, los cuales representaron aproximadamente el 54% de los accidentes observados; en los cuales las quemaduras representaron un 20%, las heridas un 17,27% y por último las caídas un 16,36%. Dentro de los tipos de accidentes, los de menor incidencia fueron traumatismo/herida con un 0,91%. Siendo que en la Tesis de Cuño los datos cotejados establecieron un 22,8% en caídas, un 18,2% en quemaduras y por último un 16,7 en mordedura; en donde la descarga eléctrica con un 7,6%, fue el de menor frecuencia.

Al realizar un análisis elemental y de componentes de información básica para la comprensión de los tipos de accidentes, surgen ciertas variables a tener en cuenta, que aportan más datos interesantes. El ***parentesco de las personas que acudieron a las consultas*** pediátricas, en los casos en que se hayan desenvueltos los accidentes fueron: mayor frecuencia de madres en un 55,45%, padres 17,3% y otros en un 27,25%. Mientras que en el estudio de Cuño fue de: madres en un 70,9%, padres en un 17,3% y otros en un 11,8%.

Unido al aporte descrito en el párrafo anterior es de suma importancia recalcar el **nivel de escolaridad**, así también como **la situación laboral**, de las personas que acudieron a la consulta pediátrica al producirse el accidente. En cuanto a la primera variable establezco que el nivel educativo de los encuestados se dividió en: 8,18% de primario completo, 30,91% secundario incompleto, 42,73% secundario completo, 2,73% terciario incompleto, 10,9% terciario completo, 0,91% universitario incompleto y por último 3,64% universitario completo. Mientras que la segunda variable determina que el 54% de las madres trabaja y el 100% de los padres trabaja. Al colacionar con la tesis de Cuño, sus datos instauraron un nivel escolar de: 44,9% secundaria incompleta, 30,7% de secundaria completa, 8,8% de primaria completa, 4,7% de terciaria completa, 3,9% de universidad incompleta, 2,4% de primaria incompleta y 2,4% de terciaria incompleta y un 2,3% de universidad completa; con un 71,7% que no trabaja y un 28,3 que trabaja.

Si continuamos hilando fino podemos establecer que los datos conseguidos de la distribución de **la edad de los niños atendidos**, conllevó a una media aproximada de 5 años de edad; además, se observó que la mayoría de los niños en el estudio tenían entre 4 y 7 años. En cuanto al **tipo de educación** que reciben los niños, se observó que el 67% asiste a un establecimiento público, mientras que el 33% asiste a un establecimiento privado. Cotejándolo con la tesis de Cuño remarcamos que la edad media en los niños que acudieron a la consulta pediátrica fue de 3 años de edad, con un 68,5% que no asisten a la escuela y un 31,5% que, si asisten a la escuela, con una concurrencia del 10,0% a instituciones escolares y un 90,0% a instituciones públicas. Cabe destacar que el alto porcentaje de no asistencia de niños a la escuela, (en la tesis de Cuño), se debe a que son muy chicos y hay muchos padres que no envían al maternal a sus hijos.

Para realizar otro conjunto de datos con la información reunida, incursiono en la totalidad de las **consultas pediátricas** realizadas, las cuales se elevaron a un 82,73% que, si realizaron la consulta, mientras que un 17,27% no realizó la consulta. Con una continuación de **información pediátrica proporcionada** por los profesionales de la salud, que asciende a un 45,5% que manifestó que recibió insuficiente información, un 15,5% que no recibió información y un 39,1% que recibió la suficiente información. Como contrapartida en el trabajo de Cuño, alcanzó un 36,7% de accidentes que realizaron la consulta correspondiente y un 30,3% que no lo hizo. Con una continuación de información pediátrica proporcionada por los profesionales de la salud, que asciende a un



50,4% que manifestó que recibió insuficiente información, un 26,8% que no recibió información y un 22,8% que recibió la suficiente información.

Un planteo notable a la hora de complementar elementos claves del análisis de los accidentes, distingo que la **gravedad** de los mimos es importante y se debe tener en cuenta. En la muestra recolectada, se observó que alrededor del 63% de los accidentes se catalogaron como “leves”, y el 37% fueron catalogados de gravedad “Moderada”. El estudio de Cuño delimitó una gravedad leve de un 52,2%, moderada de un 32,6% y grave de un 15,2%; explayándose en que las leves fueron los accidentes referidos a: caídas – quemaduras – mordeduras – traumatismos y heridas, y las moderadas: mordeduras – casidas – traumatismos – heridas e intoxicación.

Al relacionar de manera conjunta todas las variables utilizadas en mi investigación de campo, para determinar un resultado más acabado y de carácter informativo acerca de los accidentes en el hogar; se encontraron similitudes con la investigación “*Factores de riesgo relacionados con accidentes pediátricos en un hospital infantil de Bogotá*”, febrero 2015, la cual estableció que la edad del niño en donde se evidencia una frecuencia mayor de accidentes en el hogar, es desde los 0 meses de vida hasta el 1er año de edad.

La tesis de Bogotá determina características similares al comparar con los datos de mi investigación; la misma estableció que la información pediátrica brindada a los familiares que acudieron al consultorio por accidentes en el hogar de sus hijos o niños a su cargo, fue de un 76% en cuanto a la que no recibió información. Los tipos de accidentes más frecuentes fueron: en primer lugar, caída de altura, en segundo lugar, heridas cortantes, y, por último, quemaduras. El familiar, tutor o encargado que más acudió a las consultas, fueron madres.

Podemos continuar la labor de comparar las variables con los datos obtenidos, en contraposición con el trabajo de tesina “*Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años*”, Perú 2017 en donde el mismo estableció: que, dentro de la escolaridad familiar, el nivel de educación secundaria de las madres fue de un 72,0%, y de un 0,7% de educación terciaria y universitaria. Mientras que los datos aportados en mi investigación estiman que el nivel educativo de los encuestados se dividió en: 8,18% de primario completo, 30,91% secundario incompleto, 42,73% secundario completo, 2,73% terciario incompleto, 10,9% terciario completo, 0,91% universitario incompleto y por último 3,64% universitario completo.

La información recibida por los padres, tutores y o encargados que asistieron a la consulta pediátrica, dentro de la tesina de Perú, determinó que: un 90,0% fue insuficiente y un 10,0% fue suficiente. En contraposición a la información recibida en la clínica de mi localidad, que ascendió a un 45,5% y que manifestaron que recibieron insuficiente información, un 15,5% que no recibió información y un 39,1% que recibió la suficiente información.

Los accidentes más frecuentes en el país vecino de Perú, fueron en un 80.1% caídas y un total de 60,0% quemaduras; al cotejar con las mediciones adquiridas en nuestro país y más específicamente en la localidad de Arroyo Seco, puedo determinar que son las quemaduras, heridas y caídas, los cuales representaron aproximadamente el 54% de los accidentes observados; en los cuales las quemaduras representaron un 20%, las heridas un 17,27% y por último las caídas un 16,36%. Dentro de los tipos de accidentes los de menor incidencia fueron traumatismo/herida con un 0,91 %.

Otra comparación que haríamos como relevante, implica que la edad del niño en donde se sucedieron con mayor frecuencia los accidente en Perú, fueron entre los 4 a los 6 años de edad. En mi investigación determino una media aproximada de 5 años de edad; además, se observa que la mayoría de los niños en el estudio tenían entre 4 y 7 años. Y al comparar con la tesis de Cuño, remarcamos que la edad media en los niños que acudieron a la consulta pediátrica fue de 3 años de edad.

Como bifurcación temática, pero introduciéndonos en el mismo tema, existió una prevalencia en familias de bajo nivel socio económico, en que se suscitaron con mayor frecuencia los accidentes de niños en el hogar.

Comparado con otras tesis de investigación, la puedo relacionar con “Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados” desarrollado en la capital de México en el año 2015. El mismo estableció su investigación sobre una población de menores de edad que iba desde los recién nacidos hasta los 5 años de edad; mientras que mi investigación abarcó desde el año de edad hasta los 10 años. El promedio de edad de los niños atendidos fue de 2 a 3 años de edad, en México capital, mientras que en la ciudad de Arroyo Seco fue de 5 años de edad.

Los tutores y o encargados encuestados en la capital mexicana se dividió en: madres (55,2%) el padre (3,5%); y otros (41,3%); en relación a la investigación que determinó una división de: Madres (55,45%), padre (35,45%) y otros (9,10%).

Centrándonos en los más importante a la hora de realizar dichas comparaciones con el estudio “Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados, México 2015”, los tipos de accidentes más frecuentes fueron las caídas (83,9%), seguido de las mordeduras por animal (6,2%). En mi investigación la tabla quedó conformada con quemaduras en un 20%, heridas 17,28%, caídas 16,36% y mordeduras 10%, de un total de 110 encuestas. Cabe destacar que los dos principales accidentes de niños en el hogar en México; en nuestra ciudad se ubicaron en un tercero y cuarto puesto.

Antes de llegar al cierre de la discusión, nos adentramos en otro trabajo realizado en Ecuador, “Accidentes domésticos en niños menores de 5 años de edad”, desarrollado durante el año 2011 en el Hospital de San Vicente en la ciudad de Ibarra. La tabla de accidentes atendidos en el hospital fue de: Heridas cortantes 18%, fracturas con un 6%, atragantamiento 6%, intoxicación 5% y quemaduras 4%; los dos menos frecuentes fueron mordeduras con un 3% y electrocución 0%. En la tesis de estudio en la clínica Lucente, el cuadro comparativo quedó en: quemaduras en 20%, heridas cortantes 17,27%, caídas 16,36%, mordeduras 10% e intoxicación 10%; los menos frecuentes fueron: traumatismo, traumatismo con herida y caída con mordedura.

Otro rasgo característico y de mucha importancia a destacar, es la gravedad de los accidentes en ambas investigaciones. En el hospital San Vicente, se determinó una clasificación y porcentaje de: Graves con peligro inminente para la vida 8%, Graves con secuelas 8%, No graves que requieren tratamiento médico 82%, No graves que no necesitan control posterior 2%. Es menester nombrar que la encuesta se realizó en un Total de 109 pacientes. Como contrapartida la investigación de la clínica Lucente nos arrojó los siguientes resultados: accidentes leves con un 63% requiriendo solo atención ambulatoria, un 37% con gravedad moderada con estudios complementarios o internación en sala, por otro lado, no hubo accidentes graves que hayan requerido internación en UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos). Cabe destacar que un total de 82,73% realizaron la consulta pertinente, mientras que un 17,27% no realizo consulta médica.

Tratando de establecer un cierre que nos deja algo muy significativo dentro de las comparaciones de las cinco investigaciones antes mencionadas y en conjunción con la investigación propuesta por mí; debo establecer que lo más notorio es la falta de concientización en cuanto a campañas de educación familiar para prevenir tipos de accidentes en el hogar en los niños más pequeños. Es notable que tanto en nuestros países hermanos del continente latinoamericano, como lo son Perú, Ecuador, México y

Colombia, y en nuestra república argentina; podemos apreciar que las campañas que existen son insuficientes para generar una concientización aun mayor, la cual necesita la población para evitar los accidentes de niños en el hogar.

## **Conclusión.**

Las lesiones accidentales constituyen una de las principales causas de amenaza para la vida en la población infantil, por lo cual la prevención de accidentes puede considerarse una emergencia sanitaria y social, tanto por la elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad que estos ocasionan, así también como por el elevado costo económico que representan.

Se encontraron muchas falencias con respecto a la temática en cuestión, principalmente como prevenir que estos accidentes sucedan. Si bien la mayor parte de los niños accidentados fueron llevados por sus padres a una consulta médica, la gran mayoría de estos al ser encuestados, refirieron haber recibido insuficiente información por parte del pediatra de cómo prevenir estas situaciones.

Si bien, es tarea del pediatra concientizar y brindar información sobre qué medidas preventivas se debe tener en cuenta para evitar lesiones en los más pequeños, también sería de gran aporte para la comunidad, que tanto el municipio como el área de salud colaboren en propagar este tipo de información a través de diferentes medios (talleres, charlas informativas, folletería).

Podemos determinar que los datos recolectados en el trabajo, fueron los siguientes:

- La edad media de los niños accidentados fue de 5 años.
- Los tres accidentes que se presentaron con mayor frecuencia fueron: quemaduras, heridas y caídas, los cuales representaron aproximadamente el 54% de las encuestas.
- El 83% de los familiares realizaron una consulta inmediata al accidente.
- En relación a la gravedad, el 63% de las consultas fueron caratuladas como leves, mientras que el 37% fueron moderadas.
- El 28% de las lesiones de carácter leve fueron heridas, mientras que el 32% de las lesiones de carácter moderado fueron traumatismos y caídas.
- Con respecto a la compañía, el 59% de los niños se encontraban solos al momento del accidente. En esta situación el accidente que se presentó con mayor frecuencia, estando el niño solo, fue el de una caída o traumatismo por caída siendo del 17%, mientras que cuando el niño se

encontraba acompañado, el accidente más frecuente fue la quemadura en un 12 %.

➤ El 45% de los encuestados refirieron haber recibido insuficiente información con respecto a la prevención, un 39 % opino haber recibido suficiente información y un 15 % manifestó no haber recibido en absoluto información por parte del pediatra.

➤ El 82 % de los familiares expresó que les hubiera gustado haber recibido más información sobre cómo prevenir accidentes domésticos.

El concientizar a la comunidad sobre el cuidado de los niños en el hogar y la manera de prevenir accidentes en el mismo, es una ardua tarea de la sociedad en sí, no solamente los pediatras y Médicos deben otorgar y brindar la información pertinente para llevar a cabo la resolución de ciertas situaciones que derivan en accidentes, como me referí más arriba, las comunas, municipios y otras instituciones como las escolares en niveles iniciales y la primaria etc. pueden y deben colaborar dentro de sus clases áulicas sobre los cuidados que se debe tener, así también como organismos y organizaciones con o sin fines de lucro. El trabajo en conjunto de la sociedad, aumenta el compromiso de la civilidad de las personas y contribuye a que se solucionen problemáticas sociales mientras que el impacto benigno en los ciudadanos es aún mayor y de características positivas.

### **Citas Bibliográficas:**

- 1 - Congreso Argentino de pediatría, sociedad argentina a de pediatría, La niñez de Hoy, Córdoba, 26,27,28,29 de septiembre del 2017, PowerPoint.
- 2 - Gershanik A. *Prevención de accidentes en la infancia. Cuadernos del PRONAP, Sociedad Argentina de Pediatría, 1994:11-30.*
- 3 - Baeza Herrera C, García Cabello L, Godoy Esquivel A, Velasco Soria L. “¿Es real el riesgo de accidentes en el hogar? *Gaceta Médica México Vol. 144 N° 3, 2008.*
- 4 - Iñon A. “Pautas de Atención Inicial del paciente pediátrico Politraumatizado”. Libro Virtual Intramed. Buenos Aires, abril 2006. [http://www.intramed.net/sitios/libro\\_virtual5/](http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual5/). Consultada el 22/03/2018.
- 5 - Waisman I, Nuñez J, Sánchez J. “Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo”. *Archivo argentino pediatría 2000; 98 (1):2.*
- 6 - Glizer IM. *Prevención de Accidentes y Lesiones. Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud, 1993.*
- 7 - Programa de Acción específico 2007-2012. *Prevención de Accidentes en el Hogar. Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. 1era Edición, septiembre 2007, México.*
- 8 - De Lima, Barbosa, Silva, Vieira, Oriá. “Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario”. *Enfermería Global, Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería N° 15, febrero 2009. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/). Consultada el 25/03/2018*
- 9 - Regiani C, Correa I. “Acidentes na infância em ambiente domiciliar”. *Ver. Ministério Enfermedad. 2006; 10 (3): 277-9.*

- 10 - *Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención de Accidentes en el Hogar. Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. 1era Edición, septiembre 2007, México.*
- 11 - *Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención de Accidentes en el Hogar. Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. 1era Edición, septiembre 2007, México.*
- 12 - *Seiguerman D, Reeves Z, Renny M, Abalone A, Alemanda A, y colab. "El niño sano y su contexto". Segunda Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora.*
- 13 - *Seiguerman D, Reeves Z, Renny M, Abalone A, Alemanda A, y colab. "El niño sano y su contexto". Segunda Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora.*
- 14 - *Hijar MCM, Tapia JRT, Lozano RA, López VL. "Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. Causas y consecuencias". Salud Pública México 1992.*
- 15 - *Iñón A, Roca Rivarola R, Herscovici ' C. " Morbilidad de los accidentes en pacientes pediátricos y sus familias "J. C. Archivo Argentino Pediatría 1993 .91; 202-210.*
- 16 - *Hijar MCM, Tapia JRT, Lozano RA, López VL. "Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. Causas y consecuencias". Salud Pública México 1992.*
- 17 - *Iñón A, Roca Rivarola R, Herscovici ' C. " Morbilidad de los accidentes en pacientes pediátricos y sus familias "J. C. Archivo Argentino Pediatría 1993 .91; 202-210.*
- 18 - *Baeza Herrera C, García Cabello L, Godoy Esquivel A, Velasco Soria L. "¿Es real el riesgo de accidentes en el hogar? Gaceta Médica México Vol. 144 N° 3, 2008.*



- 19 - Romero P. "Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio". *Revista Chilena Pediatría* 2007, 78 (Suplemento 1): 57-73.
- 20 - Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. "Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review". *Bloorview Kids Rehab, Toronto. Injury Prevention* 2006; 12: 378-385.
- 21 - Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. "Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review". *Bloorview Kids Rehab, Toronto. Injury Prevention* 2006; 12: 378-385.
- 22 - Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. "Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review". *Bloorview Kids Rehab, Toronto. Injury Prevention* 2006; 12: 378-385.
- 23 - Romero P. "Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio". *Revista Chilena Pediatría* 2007, 78 (Suplemento 1): 57-73.

### **Bibliografía:**

Baeza Herrera C, García Cabello L, Godoy Esquivel A, Velasco Soria L. “¿Es real el riesgo de accidentes en el hogar? Gaceta Médica México Vol. 144 N° 3, 2008.

Congreso Argentino de pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría, La niñez de Hoy, Córdoba, 26,27,28,29 de septiembre del 2017, PowerPoint.

De Lima, Barbosa, Silva, Vieira, Oriá. “Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario”. Enfermería Global, Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería N° 15, febrero 2009. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/). Consultada el 25/03/2018.

Gershanik A. Prevención de accidentes en la infancia. Cuadernos del PRONAP, Sociedad Argentina de Pediatría, 1994:11-30.

Glizer IM. Prevención de Accidentes y Lesiones. Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Gutiérrez H, Vera de Soto D, Ruiz M, Barrios Mantilla O, Bracho Quintero A, Valecillos A, Valdez Mata M. “Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años, Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá, Maracaibo, estado Zulia”. Revista Sociedad Medica Quirúrgica Hospital Emergencia Pérez de León 2008, 39(2): 107-117.

Hijar MCM, Tapia JRT, Lozano RA, López VL. “Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. Causas y consecuencias”. Salud Pública México 1992.

Iñon A, Dimarco V, Gershanik A, Marchetti A, Montes de Oca D, Nasta C, Sambuelli L, Húngaro J, y colab. Manual de Prevención de Accidentes. Subcomisión de Prevención de Accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría. Ediciones SAP 2001.

Iñon A. “Pautas de Atención Inicial del paciente pediátrico Politraumatizado”. Libro Virtual Intramed. Buenos Aires, abril 2006. [http://www.intramed.net/sitios/libro\\_virtual5/](http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual5/). Consultada el 22/03/2018.

Iñón A, Roca Rivarola R, Herscovici ' C. " Morbilidad de los accidentes en pacientes pediátricos y sus familias "J. C. Archivo Argentino Pediatría 1993 .91; 202-210.

Kemp A, Sibert J. Childhood Accidents: epidemiology, trends and prevention. J Accident Emergency Medical 1997; 14:316-320.

Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. "Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review". Bloorview Kids Rehab, Toronto. Injury Prevention 2006; 12: 378-385.

LeBlanc J. Pless I, King W, Bawden H, Bonnin A, Klassen T, Tenenbein M. "Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study". CMAJ October 2006- 175 (8): 883-887.

Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención de Accidentes en el Hogar. Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. 1era Edición, septiembre 2007, México.

Regiani C, Correa I. "Acidentes na infância em ambiente domiciliar". Ver. Ministério Enfermedad. 2006; 10 (3): 277-9.

Robertson A, Rivara F, Ebel B, Lymp J, Christakis D. "Validation of parent self-reported home safety practices". Child Health Institute, University of Washington. Injury Prevention 2005; 11:209-212.

Romero P. "Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio". Revista Chilena Pediatría 2007, 78 (Suplemento 1): 57-73.

Seiguerman D, Reeves Z, Renny M, Abalone A, Alemanda A, y colab. "El niño sano y su contexto". Segunda Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora.



**Anexo 2:** Autorizaciones.

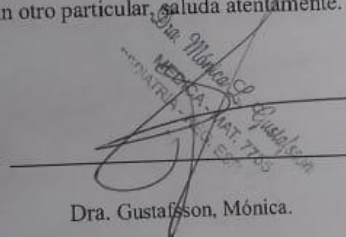
Rosario, 18 de Octubre de 2018

Dr. Guillermo Weisburd.  
Director de la Carrera de Medicina.  
Facultad de Medicina y Cs de la Salud.  
Universidad Abierta Interamericana.

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dra Gustafsson, Mónica, expresa por medio de la presente que siendo tutora del trabajo final de carrera titulado "Frecuencia de accidentes infantiles en el hogar en niños de 1 a 10 años." cuya autora es Sanchez Melisa, alumna de la carrera de Medicina de la Univerisdad Abierta Interamericana, autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, saluda atentamente.



The signature is written in black ink over a circular stamp. The stamp contains the text: "Dra. Mónica Gustafsson", "MEDICINA", "UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA", and "CARRERA DE MEDICINA".

Dra. Gustafsson, Mónica.

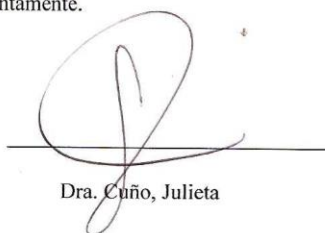
Rosario, 18 de Octubre de 2018

Dr. Guillermo Weisburd  
Director de la Carrera de Medicina  
Facultad de Medicina y Cs de la Salud  
Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

La que suscribe, Dra Cuño Julieta, expresa por medio de la presente que siendo co-tutora del trabajo final de carrera titulado "Frecuencia de accidentes infantiles en el hogar en niños de 1 a 10 años." cuya autora es Sanchez Melisa, alumna de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, saludo atentamente.



Dra. Cuño, Julieta

Arroyo Seco, 07 de marzo de 2018

Dr. Guillermo Weisburd  
Director de la Carrera de Medicina  
Secretaría Técnica  
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud  
Universidad Abierta Interamericana  
Sede Regional Rosario

---

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dr. Oscar Romanini, médico pediatra de la ciudad de Arroyo Seco, tiene el agrado de dirigirse a Ud. en carácter de co – tutor, a los efectos de comunicarle que me haré cargo de la co -tutoría del trabajo, cuyo autor es la alumna Sánchez, Melisa de la Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina. Habiendo supervisado el plan correspondiente y aceptando co - tutorarlo en el proceso y en el acto de la defensa, según cumplimiento de lo acordado con el alumno y las reglas dispuestas por la Universidad.

Sin otro particular, lo saludamos a Ud. muy atte.

  
Dr. OSCAR R. ROMANINI  
MEDICO  
Mat. N° 6131

Dr. OSCAR R. ROMANINI  
MEDICO  
Mat. N° 6131

Arroyo Seco, 06 de marzo de 2018

CLINICA DR. LUCENTE

Sr. Director

Dr. Carlos Lucente

---

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Melisa Marina Sánchez, alumna de 6to año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, por intermedio de la presente, se dirige a usted con el fin de solicitar su autorización para realizar encuestas a padres de pacientes pediátricos, de la institución que usted dirige, a fin de poder llevar a cabo el trabajo de campo de mi proyecto final de tesis para obtener el título de Médico.

Dicho trabajo tendrá por objetivo determinar la frecuencia de accidentes en el hogar en niños de 1 a 6 años. La obtención de datos será supervisada por la Dra. Gustaffson, Mónica quien está a cargo de la tutoría y el Dr. Oscar Romanini y la Dra. Cuño Julieta como Co-tutores. Los datos recolectados serán estrictamente confidenciales y no se usará el nombre de la institución en ningún momento.

En espera de su respuesta favorable a mi pedido aprovecho la oportunidad para saludarlo con mi mayor consideración.



Sánchez, Melisa Marina

DNI: 36.443.795

*Autorizado*

*06/03/18*

*[Handwritten signature]*  
Dr. CARLOS LUCENTE  
ESP. EN MEDICINA INTERNA  
MAT. ESDE



**Anexo 3:** Modelo de encuesta.

**Encuesta**

*Frecuencia de Accidentes infantiles en el hogar*

**Por favor, si usted acompaña a un niño de 1 a 10 años, le agradecería realizar la siguiente encuesta para efectuar el relevamiento sobre la frecuencia de accidentes infantiles en el hogar en Arroyo Seco. La participación es voluntaria y anónima.**

1) Familiar

Padre     Madre     Otro

2) Edad del familiar

3) Escolaridad del familiar

- Analfabeta/o
- Primario incompleto
- Primario Completo
- Secundario incompleto
- Secundario Completo
- Terciario incompleto
- Terciario Completo
- Universitario Incompleto
- Universitario Completo

4) Situación Laboral del Familiar

Trabaja:     NO     SI    Actividad: .....

5) Edad del/a niño/a al momento del accidente.....

6) ¿El niño/a acude a algún establecimiento educativo?

NO      
SI        Público      
Privado   

7) Tipo de accidente:

- **Traumatismo:**     Cráneo     Tórax     Miembros     Abdomen

Combinaciones de dos o más

- **Quemaduras:**     Agua hirviendo     Por Fuego     Calefactores

Lugar de la lesión.....

- **Mordedura:**     Animal     Persona

Lugar de la lesión.....

- **Caídas:**     Con fractura     Sin Fractura

¿De dónde?     Cama cucheta     Cama     Cuna     Balcón

Escalera

Lugar de la lesión.....

- **Intoxicación:**     Medicamentos     Productos Tóxicos

Monóxido de Carbono

- **Asfixia:**     Ingestión de cuerpo extraño     Bolsa de plástico

Inmersión

- **Descargas Eléctricas:**     Enchufes     Aparatos eléctricos

- **Heridas:**     Objeto Cortante     Objeto Punzante     Arma de Fuego

Lugar de la lesión.....

8) Lugar de la casa donde ocurrió el accidente.....

inmediatamente

9) ¿Realizó una consulta médica por el accidente?:    SI   tiempo después

NO

10) Gravedad de la lesión:  Requirió solamente atención ambulatoria  
 Requirió estudios complementarios o internación en sala  
 Internación en UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos)

11) En el momento del accidente, el niño se encontraba  Solo  
 Acompañado

12) ¿Recibió información por parte de su pediatra sobre los accidentes en el hogar?

NO  Insuficiente  Suficiente

13) ¿Le interesa recibir mayor información sobre la prevención de accidentes en el hogar?

SI  NO

Muchas Gracias, su información es muy útil.