

1996

Factores de riesgo condicionantes de accidentes dentro del hogar

Castaño, Graciela Noemi

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/922>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

FACTORES DE RIESGO
CONDICIONANTES
DE
ACCIDENTES DENTRO
DEL HOGAR

Castañó, Graciela Noemí

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad Ciencia de la Salud y el Comportamiento
Lic. Terapia Ocupacional
1.996

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1232	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Director de tesis:

Doctora Celia Destefano, docente de la Universidad Nacional del Comahue, investigadora del I.U.C.S. (Instituto Universitario de Ciencias de la Salud), ex-jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Castro Rendón, secretaria general del S.A.P. (Sociedad Argentina de Pediatría Alto Valle), ex-investigadora científica del S.A.P..

Asesora en Terapia Ocupacional:

Terapista Ocupacional María Inés Galindez, jefa del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Bouquet Roldán, área Rehabilitación, docente de Prácticas Clínicas, docente participante de Residentes de Medicina General.

Asesora en Área Médica:

Doctora Isabel T. Alvarez, docente e investigadora del I.U.C.S., ex-jefa del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, ex-jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Castro Rendón, ex-presidenta del S.A.P., asesora médica infanto-juvenil del Juzgado de Menores N°2.

AGRADECIMIENTOS:

Por su predisposición y colaboración se agradece al:

- Servicio de Estadística del Hospital Castro Rendón.
- Servicio de Estadística de la Universidad Nacional del Comahue.
- Neurocirujano Dr.: Carlos Alberto Casullo.
- Pediatra Dr.: Allende.

Se agradece a la paciencia de mi
querido esposo.

Índice

INTRODUCCIÓN:	1
PRIMERA PARTE: ASPECTO TEORICO	2
CAPÍTULO I: ACCIDENTES EN EL HOGAR	3
<i>Definición y etiología de los Accidentes.....</i>	<i>4</i>
<i>Epidemiología de los accidentes en el hogar.....</i>	<i>4</i>
<i>Consecuencia de los accidentes domiciliarios.....</i>	<i>5</i>
<i>Desarrollo conceptual de los diferentes tipos de accidentes en el hogar</i>	<i>6</i>
Intoxicación Accidental.....	6
Accidente por Herida Cortante-Punzante	6
Caídas.....	7
Asfixia	7
Quemaduras.....	8
Electrocución.....	9
CAPITULO II: ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	10
<i>Desarrollo de la situación Actual de los Accidentes.....</i>	<i>11</i>
CAPITULO III: ENFOQUE TEÓRICO DE LA PREVENCIÓN.....	14
<i>Desarrollo Conceptual de la Prevención.....</i>	<i>15</i>
SEGUNDA PARTE: ASPECTO METODOLOGICO. TRABAJO DE CAMPO	16
PROBLEMA:.....	17
OBJETIVOS:	18
PROPÓSITO.....	19
DEFINICIÓN DE VARIABLES EN ESTUDIO.....	20
<i>ACCIDENTE EN EL HOGAR.....</i>	<i>20</i>
<i>TIPO DE ACCIDENTES</i>	<i>21</i>
Intoxicación	21
Accidente por herida Cortante-Punzante	21
Quemaduras.....	21
Electrocución.....	22
Asfixia por Inmersión.....	22
Asfixia por Sofocación.....	23
Estrangulación Accidental	23
Accidente en Ascensor	23
Caídas.....	24
<i>AGENTE RESPONSABLE.....</i>	<i>25</i>
<i>CONSECUENCIA DE ACCIDENTE</i>	<i>26</i>
<i>FACTORES DE RIESGO.....</i>	<i>26</i>
<i>CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL HECHO.....</i>	<i>27</i>
DISEÑO METODOLOGICO	28
<i>Tipo de Diseño.....</i>	<i>28</i>
<i>Universo y Muestra.....</i>	<i>28</i>
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	<i>28</i>
<i>Tipo de Muestreo.....</i>	<i>29</i>
<i>Técnica e instrumento de recolección de datos.....</i>	<i>29</i>
Fuentes Secundaria y Primaria.....	29
Explicación de la Recolección de Datos.....	29
Apreciación de Instrumentos de Racolección de Datos	31
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	32
<i>Resultados, Análisis e Interpretación.....</i>	<i>33</i>

TABLAS.....	36
Tabla 1.....	37
Tabla 2.....	38
Tabla 3.....	39
Tabla 4.....	40
Tabla 5.....	41
Tabla 6.....	42
GRAFICOS.....	43
Gráfico 1.....	44
Gráfico 2.....	45
Gráfico 3.....	46
Gráfico 4.....	47
Gráfico 5.....	48
Gráfico 6.....	49
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	50
 TERCERA PARTE: PROPUESTA DE PREVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.....	 51
CAPÍTULO IV: TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIDENTES EN EL HOGAR. PROPUESTA DE PREVENCIÓN	52
<i>Rol de la Terapia Ocupacional en la Prevención de accidentes en el Hogar:</i>	53
<i>Objetivo de la Prevención:</i>	53
<i>Fin de la Prevención:</i>	53
<i>Destinatarios de la Prevención:</i>	53
<i>Implementación de la Prevención</i>	54
<i>Actividad e Información Educativa y Prevención</i>	54
<i>Actividades y Acciones Preventivas</i>	56
Actividades de la Vida Diaria	56
<i>Sugerencias Generales</i>	56
<i>Sugerencia por Tarea</i>	57
Tarea de alimentación	57
Tarea de bañado	58
Tarea de Higiene Mínima.....	60
Tarea del Dormir	60
Tarea de Vestimenta.....	61
Tareas de Funciones de Eliminación.....	62
Tarea de Cargar al niño.....	63
Actividades Lúdicas: El juego y la prevención	64
<i>Cuadro de Sugerencias de juguetes según edad</i>	66
 BIBLIOGRAFÍA:.....	 69
 HOJA DE ANEXOS: MODELO DE PLANILLAS.....	 72

INTRODUCCIÓN:

La exploración del tema surge al observar en una práctica clínica hospitalaria, varios casos de niños que habían padecido algún tipo de accidente y que acudían al Servicio de Terapia Ocupacional para su rehabilitación. Esto me llevó a buscar información teórica acerca de accidentes infantiles, analizando los factores de riesgo como puntos claves para plantear medidas preventivas.

Según estudios ya realizados, los accidentes domésticos causan más de la mitad de las muertes accidentales en niños menores de cinco años. Le siguen los que se producen en lugares públicos y caminos (3), pero un número importante de estos niños logran sobrevivir a los accidentes, acarreando como consecuencia deficiencias transitorias o permanentes, por las cuales concurren a un Servicio de Rehabilitación para su recuperación.

En la actualidad más del 5% de la mortalidad mundial global es atribuible a accidentes; más de 3.600.000 personas mueren por año por algún tipo de accidente, lo que convierte a esa causa en la quinta dentro de los determinantes de la mortalidad en el mundo (21).

Este crecimiento del problema lleva a afirmar que los daños accidentales se han convertido en epidemia y que en ocasiones alcanzan proporciones epidémicas (21).

Por ello, los accidentes son considerados como una "nueva epidemia" y como tal debe ser abordado el tema, con enfoque epidemiológico, donde la "vacuna" será la prevención (20).

En la formación de Terapistas Ocupacionales, los accidentes no suelen tener la significación equiparable a la que adquieren en las prácticas clínicas, o bien en la práctica profesional posterior. Tanto en hospital como en consultorio externo, los accidentes constituyen una demanda frecuente para la atención rehabilitadora, por ello el objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de los accidentes dentro del hogar, y una vez extraídos los resultados plantear estrategias destinadas a prevenir, mantener y favorecer la salud psicofísica del niño en un ambiente protector, intentando disminuir así la atención rehabilitadora, evitando la morbi-mortalidad causadas por accidentes.

La determinación de riesgos de accidentes en la población infantil se favorece si se toma en cuenta los factores que predisponen y los que precipitan el evento. Entre los primeros se consideran al huésped teniendo en cuenta su edad, sexo y características madurativas; en segundo lugar el agente responsable; y en tercer lugar las circunstancias que rodean al hecho. Los niños en general corren mas riesgo a causa de su mayor exposición a peligros, falta de experiencia y su poca habilidad para evitarlos. Se concluye que por ello los factores de riesgo conducen finalmente al accidente (1).

La magnitud de los accidentes es alarmante, y entre ellos la cantidad de los que ocurren en el hogar es sorprendente. Según la O.M.S., la mitad de los accidentes ocurren en el hogar (20). Debido a la magnitud de los hechos es importante conocer y registrar las características de la población de niños accidentados que han ingresado al Hospital Castro Rendón para su atención, y así poder determinar los grupos de niños en peligro o riesgo de sufrir determinado tipo de lesión, con el fin de establecer medidas preventivas.

PRIMERA PARTE:

ASPECTO TEÓRICO

Capítulo I:

Accidentes en el Hogar

Definición y etiología de los Accidentes

Se define accidente como "aquella ocurrencia en una secuencia de eventos, que usualmente produce una lesión no intencional, muerte o daño a la propiedad". (1)

La O.M.S. define el accidente doméstico como aquel que tiene lugar en la vivienda propiamente dicha: patio, jardín, garage, etc.; y en todo lugar perteneciente al domicilio. (2)

La etiología de los accidentes se definen por la exposición aguda a agentes físicos, térmicos, eléctricos, químicos y radiaciones ionizantes que interactúan con el cuerpo en cantidades o tasas que exceden el umbral de tolerancia humana (1).

Epidemiología de los accidentes en el hogar

Para el estudio y prevención de accidentes es importante considerar la tríada básica de huésped, agente y ambiente. Se define como "huésped" o individuo que puede clasificarse no sólo por su edad, sino por su nivel de desarrollo, la edad en que se produce el accidente es un elemento fundamental.

Las características psicomotrices de una determinada edad, condicionan situaciones riesgosas que resultan inofensivas para otra edad.

También debe tenerse en cuenta la diversidad de estilos, ritmos y temperamento individual que caracterizan los movimientos del niño. Destaquemos aquí que su primer año de vida el niño puede rodar, gatear y ponerse de pie, manipular los objetos, arrojarlos o llevarlos a la boca. En su segundo año camina, corre, trepa, sube y baja escaleras gateando o sosteniéndose de la baranda; su curiosidad lo lleva a tocar todo y probarlo.

Aún no sabe flotar en el agua. En el tercer y cuarto año de vida, ya puede abrir y cerrar puertas, manejar algunos objetos mecánicos, y, llevado por su inquietud, no hay espacio que se libre de su inspección. Se desplaza ya sin problemas por la casa (3).

Por todas estas características psicomotrices propias de cada edad, existe la probabilidad que el niño sufra algún accidente, y según la O.P.S. los accidentes domésticos más frecuentes son:

- Intoxicaciones (por medicamentos, óxidos de carbono, productos de menaje y aseo, etc.).
- Quemaduras (por fuego, líquidos calientes, electricidad, productos químicos).
- Ahogos por inmersión.
- Heridas con instrumentos punzantes o cortantes.
- Ahogos (sofocación con bolsa plástica, inhalación de cuerpos extraños, encierros en espacios cerrados, estrangulación durante el juego o dispositivos de contención).(3)

El agente productor del accidente es la energía, que lesiona los tejidos; por ejemplo, en el caso de una quemadura, es la energía térmica la que lesiona los tejidos (4).

El ambiente físico es el lugar donde se desarrolla el hecho accidental, y merece una continua observación por los permanentes cambios en sus componentes físicos (muebles, mesas, etc.). (5).

Cuando ocurre un accidente el ambiente familiar es importante, ya que depende del grado de integración de los padres entre sí y con los otros convivientes, y, a su vez, de la familia depende el interés que se manifiesta en el cuidado de cada hijo. (3)

La predisposición del niño hacia el accidente, debido a su desarrollo psicomotriz, debe ser neutralizada por los adultos, responsables de su seguridad y educación. Abandonado y sin defensa en un medio hostil y peligroso, el niño debe ser protegido contra sí mismo y contra el ambiente.

Esta falta de supervisión es muy notoria como resultado de las características de la vida moderna. (3)

De acuerdo con la estratificación de categorías lógicas para analizar los factores de riesgo de accidentes según la O.P.S., se consideran en el presente estudio como variables: al huésped, tomando en cuenta su edad, sexo y conocimiento de las características psicomotrices propias de cada edad; el agente causal (6) y se agrega una variable mas llamada circunstancia que rodea al accidente.

Entre uno y cinco años el mayor factor de accidente está en su propia casa. Entre seis y catorce años el accidente más común se presenta en la calle (25).

Consecuencia de los accidentes domiciliarios

De acuerdo con los conceptos de Juan C. Rebagliati, clínicamente las lesiones ocasionadas por accidentes van desde pequeñas equimosis, hasta graves traumatismos múltiples y aún la muerte.

Con fines descriptivos, el autor establece -aproximadamente- la intensidad de la gravedad de las lesiones, agrupándolas en cuatro niveles de tratamiento:

1. Autotratamiento casero.
2. Observación-tratamiento en sala de urgencia, seguido de alta.
3. Hospitalización.
4. Muerte.

Según la Oficina Europea de Consumidores (C.E.U.C.), los niños constituyen el principal colectivo de víctimas de los accidentes domésticos (2).

La consecuencia también se puede medir por la deficiencia ocasionada por el accidente. Considerando lo citado en los Documentos 14/90 se denomina 'deficiencia' "cuando la persona debido a enfermedades, incluidos los accidentes que inciden en el organismo (con frecuencia de causación evitable y por lo tanto con responsabilidad social obvia) pueden verse afectadas por pérdidas o anomalías de su estructuras o funciones, de carácter temporal o permanente. (7)

Desarrollo conceptual de los diferentes tipos de accidentes en el hogar

Intoxicación accidental:

De acuerdo a Estela R. Gimenez, María B. Guerra y otros, se considera la intoxicación accidental como una patología de aparición brusca, mas frecuente en niños de uno a cuatro años de edad.

La edad del paciente orienta hacia el tipo de intoxicación: de 1 a 4 años predomina la ingesta accidental, con mayor frecuencia alrededor de los 2 años; en los niños menores de 1 año hay mayor número de exposiciones ambientales, en estos casos la vía inhalatoria es la principal forma de ingreso del tóxico.

Las intoxicaciones pueden desencadenar: insuficiencia respiratoria, insuficiencia circulatoria, insuficiencia neurológica, convulsiones, insuficiencia renal.

Las intoxicaciones pueden ser por ingesta de medicamentos (tranquilizantes mayores, menores, hipnóticos, antidepresivos, aspirinas, etc.), por insecticidas organolorados u organofosforados (8), por hidrocarburos (kerosene, gas-oil, thinner, bencina, etc.) (9) por monóxido de carbono.

La frecuencia de intoxicaciones accidentales se vinculan al hábitat del paciente y a su accesibilidad (8).

Accidente por Herida Cortante Punzante:

Considerando la variable en el presente estudio y de acuerdo a conceptos de Patri Merino, las características de cortadura por objetos cortantes provoca un corte limpio y neto en los bordes de la herida, y las causas son producidas con cuchillos, navajas, vidrios. Cuando el accidente se produce con un objeto punzante se comprometen varios planos del tejido: piel, tejido celular subcutáneo, músculos u otros órganos (10).

Se consideran también en el presente estudio aquellos accidentes en el cual el niño introduce sus dedos o manos en máquinas electrodomésticas (batidoras, licuadoras, etc.) que puede desencadenar graves consecuencias.

Otra variable de cortadura que actualmente se observa con mayor frecuencia es la descrita por Jorge A. Fiorentino, Aldo Vizcaíno y otros, quienes se refieren al accidente ocasionado por ascensores, que provoca traumatismo en pie y brazos (11).

El autor describe que el niño puede introducir el pie o el brazo a través del enrejado metálico de la puerta del ascensor, y el traumatismo ocasionado por dicho accidente puede variar desde una simple escoriación hasta la sección de los dedos (11).

Se considerarán en el presente estudio también los accidentes ocasionados por uso de ascensor de rejillas con diseños punzantes.

Se registrarán sólo los accidentes provocados por ascensor ubicado dentro del hogar, o en edificios que permiten acceder a su domicilio. De acuerdo al autor citado, refiere que el tipo de traumatismo y la invalidez consecuente es absoluta responsabilidad de los adultos, ya que no se educa a los hijos acerca de los peligros de la mecanización del ascensor (11).

Caídas:

Otro tipo de accidentes frecuentes son las caídas. El niño puede caer de juguetes, bicicletas, ventanas, escaleras y prácticamente de cualquier lugar al que se haya trepado. Entre los 2 y los 4 años el niño es capaz de arrojar una pelota, saltar, correr, pedalear en un triciclo y moverse con gran liviandad, sus habilidades motrices son ahora tan importantes que es capaz de meterse en una infinita variedad de situaciones peligrosas, dentro del hogar (11).

Este tipo de accidentes puede producir traumatismo de partes blandas, como equimosis o hematomas, como también traumatismo del esqueleto, tales como fracturas, luxaciones o esguinces (9).

También se considerarán las caídas según diferentes planos: desde cunas o muebles, escaleras, balcones y ventanas.

Como afirma Casullo en su libro en el período neonatal las caídas suelen ser muy frecuentes, desde mesas, carritos u otros elementos, algunas veces provocadas por otro niño pequeño. Durante los primeros dos años de vida las caídas de alturas y los atropellamiento por vehículos, inclusive bicicletas son las causas más frecuentes de T.E.C., favorecido esto por la existencia de aglomeraciones urbanas, falta de espacios destinados al juego infantil, y la falta de cuidados por personas mayores(26). Casullo enuncia que las lesiones producidas en la extremidad cefálica por el objeto traumatizante se deben fundamentalmente a la disipación de la energía cinética del objeto impactante o del cráneo en movimiento. En el caso del objeto móvil sea un agente externo (piedra, martillo, etc.) las lesiones son directas en el lugar del impacto, con la producción de heridas del cuero cabelludo, fractura de cráneo, algunas veces hundidas y con producción de esquirlas que deslaceran la duramadre y aún el encéfalo. Si el impacto es suficientemente fuerte y pone en movimiento la extremidad encefálica, las diferencias de densidad entre el cráneo y el encéfalo hace que este choque contra las estructuras internas produciendo lesiones contra golpe (26). En el segundo caso, cuando el que está en movimiento es el cráneo, tal es el caso de las caídas de altura, atropellamiento, pueden producirse lesiones en el cuero cabelludo y en el cráneo por impacto directo, o contusión del encéfalo sobre las superficies rugosas del cráneo.

Asfixia:

Se define Asfixia como falla de la respiración pulmonar, y se explica por una falta de oxígeno o por imposibilidad de que este llegue a los pulmones cuando las vías respiratorias quedan obstruidas (24).

Las causas más frecuentes por asfixia en los niños son las sofocaciones(presencia de cuerpo extraño en orificio nasal o bucal). Si bien no se incluye en el presente estudio, es importante tenerlo en cuenta, otras causas que si se incluyen son el ahogamiento por inmersión en agua, ésta provoca inundación pulmonar e impide el paso del oxígeno a la sangre, aumentando de esta forma la cantidad de ácidos presente en ella, la muerte se produce por paro cardio-respiratorio. También puede dar origen a una asfixia, falta de oxígeno en un ambiente cerrado y sofocación al jugar con lazos, cuerdas, pudiendo provocar una estrangulación accidental, o bien jugar con bolsas de polietileno, o cajas utilizándolas como capucha o careta (24).

De acuerdo a la Sociedad de Pediatría Filial Alto Valle de Río Negro y Neuquén, describe:

Por Inmersión: Se define asfixia por inmersión como el ahogamiento que se caracteriza por la muerte dentro de las 24 horas de la sumersión en el agua; o el casi-ahogamiento que se caracteriza por sobrevida mayor a las 24 horas, después de la sumersión, siendo ésta última la más frecuente.

El 40 por ciento de los asfixiados son menores de 4 años:

En el 85 por ciento de las veces, estos accidentes ocurren en piletas privadas o públicas. En los deambuladores es más frecuente que se observe en la pileta de los hogares, por descuidos.

La semiología se caracteriza por hipoxia, trastornos pulmonares, trastornos del S.N.C., hipotermia (13).

Una persona puede ahogarse mientras se encuentra inmerso en un cuerpo de agua al que se introdujo con el propósito de nadar, bañarse o jugar, pero también puede suceder que caiga al agua en contra de su voluntad (6).

Los accidentes de inmersión en el hogar ocurren sobre todo con bebés, al bañarlos, por descuidos de quienes lo están haciendo. En muchos casos se deja esta situación bajo la supervisión de los hermanos (6).

Quemadura:

Se entiende por quemadura la lesión tisular de mayor incidencia en los planos superficiales, producida por la acción de agentes térmicos, físicos o químicos.

Los agentes etiológicos térmicos se pueden dividir en :

- * Soluciones acuosas calientes (agua, té, leche, sopa)
- * Soluciones oleosas calientes (aceite hervido, grasas)
- * Fuego directo

De acuerdo a Miguel A. Maiztegui, el período comprendido entre 1 y 6 años de edad es el más afectado, siendo el más frecuente las quemaduras por soluciones acuosas, y el ámbito de la cocina constituye el lugar del hogar donde el accidente se produce con mayor frecuencia (14).

La semiología de la quemadura depende de la extensión y profundidad de la lesión (16) y se consideran los criterios de gravedad en leves, moderados, graves y críticos (17).

Los criterios de internación dependen de 4 variables:

- * la edad; cuanto más pequeño es el paciente, mayor es la indicación de internación.
- * la profundidad, las quemaduras profundas y circulares en los miembros deben ser internadas por el riesgo de compromiso vascular distal.
- * De acuerdo con la localización se considera el ingreso obligatorio cuando las áreas afectadas son: cara, manos, regiones articulares, etc.
- * En relación a la extensión, es el criterio más utilizado; deben ser internados todos los pacientes en edad pediátrica con quemaduras iguales o mayores al 15% de su superficie corporal, porcentaje que se reduce a igual o mayor del 7% en menores de un año (14).

Electrocución:

Los aparatos e instrumentos eléctricos, se encuentran cada vez con más frecuencia en manos de niños, comporten la presencia de enchufes en la casa, sin excluir la habitación del niño (27).

Hasta las inocuas lámparas de la mesa, sino también las de suspensión, que cuelgan del techo, a las que el niño puede llegar si se sube en una mesa o se pone de pie en la cama (27). Las primeras son muy accesibles a los niños, mientras, dibujan, juegan, y en muchas ocasiones también cuando están en contacto con el agua (por ejemplo: una pecera) o cuando riegan plantas son de potencial peligro para desencadenar un accidente por electrocución pudiendo desencadenar desde severas lesiones en el organismo hasta la muerte.

Hay que preocuparse también de los demás aparatos eléctricos de la casa, aunque no estén instalados en la habitación del niño, por ejemplo: en la cocina todos los electrodomésticos, enchufes, cables sueltos, o bien en el cuarto de baño las estufas eléctricas, mal instalados, secador de cabello de la mamá, el contacto agua con electricidad mientras juega en el baño, los ventiladores en distintas habitaciones de la casa, comedor, living, todos son objetos altamente riesgosos para los niños.

En relación a las quemaduras eléctricas, Mario Héctor y Depalma Donato la describen como aquella producida por distintos tipos de corrientes, provenientes de uso doméstico o industrial. El agente etiológico eléctrico es la descarga eléctrica.

Existen dos tipos: la de arco, que consiste en la producción de una chispa que tiene una temperatura de 2.500ø a 4.000ø, que carboniza los tejidos localmente e incendia la ropa del accidentado. Ello agrega quemadura térmica de diversos grado. Tal contingencia surge cuando entre la fuente y la víctima no hay un buen contacto, es la típica quemadura del niño que introduce un prolongador en la boca.

El otro tipo que describe es la de contacto, que se produce al pasar la corriente desde un punto de origen hasta otro de salida -"tierra"- (15).

Capítulo II:

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN:

Desarrollo de la Situación Actual de los Accidentes

En esta fase de la investigación he encontrado grandes obstáculos debido a la carencia de datos estadísticos sobre el tema, y a la falta de especificación de los accidentes, haciendo difícil conceptualizar los accidentes infantiles domésticos, dentro de la esfera sanitaria social, ya sea a nivel nacional como provincial.

Unicef no dispone a nivel nacional ningún tipo de información que especifique la mortalidad infantil causada por accidentes dentro del hogar.

A nivel provincial, no se dispone de registros de mortalidad infantil específicamente por accidentes dentro del hogar; si existe información de accidentes en general sin estratificación de los mismos.

El rastreo de datos correspondientes a la investigación ha sido efectuado en entidades oficiales:

Departamento de información y estadística de Subsecretaría de Neuquén; Copade; Dirección Provincial de Estadísticas, censo y documentación; Registro Nacional de las Personas; Estadística Policial, Asesoría de Planeamiento, división Información y Estadística; Superior Tribunal de Justicia; Unicef.

Según registro de Subsecretaría de Salud, y tomando en cuenta los accidentes globales, las defunciones totales ordenadas según grupo de causa, en la provincia de Neuquén en el año 1.994 figuran los accidentes en tercer orden, después de los tumores y enfermedades del corazón, con un porcentaje del 11,9 por ciento. Si se toma la misma información abierta por sexos, se ve un mayor porcentaje de mortalidad en hombres, con un 15,5 por ciento, mientras que la mortalidad en mujeres es de un 5,6 por ciento.

Copade: Consejo de Planificación y acción para el Desarrollo.

Unicef: Sede Buenos Aires (Cap.) Maipú 940

Según estadísticas vitales del año 1.994, suministrados por el Copade, las defunciones por grupo etáreo según causas agrupadas de la Provincia de Neuquén durante ese año, en menores de un año, figuran los accidentes en tercer orden, después de causas perinatal y anomalías congénitas, con un porcentaje del 7,8 por ciento; en el grupo de 1 a 4 años, los accidentes figuran en primer lugar con un porcentaje de 23,7 por ciento.

Si se toma la misma información abierta por sexo, el total registrado en sexo masculino en menores de un año es de 6,5 por ciento; en el grupo de cuatro años es de 24,0 por ciento; en el sexo femenino en menores de un año el porcentaje es de 9,6 por ciento, mientras que en el grupo de uno a cuatro años es del 23,1 por ciento.

Se considera esta información importante para el estudio, dado que por las edades registradas es probable que alguno de los accidentes sucedidos y que desencadenaron en la muerte del niño hayan ocurrido dentro del hogar, con el gran obstáculo de no poder determinarlo.

Según información disponible en la Subsecretaría de Salud del año 1.995, la morbilidad causada por accidentes dentro del hogar (dato que sí se encontraba estratificado) en el grupo "menores de un año", el total afectado fue de 140 niños de ambos sexos; en el grupo de un año fue de 321 niños, y en el grupo de 2 a 4 años fue de 851 niños.

Se realizó en la Provincia de Neuquén una investigación sobre mortalidad por accidentes en menores de 14 años, elaborado por Dra. Celia Destéfano, Alvarez y otros, se tomó como período durante 1987 y 1988, durante el mismo en más del 55 % de los fallecimientos ocurrieron en el domicilio, y según afirman las investigadoras revela como factor de muy alto riesgo al Hogar.

También durante el año 1987 se realizó una investigación por Dra. Isabel Alvarez, Dra. Eva Lupianez y otros y se analizaron los accidentes leves y moderados que fueron atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Castro Rendón en los dos sectores de Consultas ambulatoria: consultorio externo y guardia. Observación: Los accidentes correspondían al 8,4 % de las consultas totales del consultorio externo y guardia s, según referencia de los autores, es una cifra importante, ya que la atención pediátrica general prácticamente un niño de cada diez sufre algún tipo de accidente. El número de accidentes registrados en guardia cuadruplica el número de los accidentes registrados por consultorio externo.

Según el tipo de lesión por consultorio externo y guardia figuraron en primer lugar las contusiones, le sigue las heridas, los T.E.C., quemaduras, fractura, cuerpo extraño y politraumatismo.

De acuerdo a la entrevista realizada al Dr. Daniel Allende, Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Castro Rendón, refiere que conjuntamente con el grupo de Nación del Programa C.A.P.P.A. (Categorización y Atención del Paciente Pediátrico Accidentado) cada centro en la Argentina ha implementado la planilla de Registro de Trauma Pediátrico, para la recolección de datos de niños en edad pediátrica que hayan padecido algún accidente.

Al completar el período 90 la Base de Datos contaba con 941 pacientes, fruto de un trabajo en colaboración entre distintos centros de Argentina y uno de Uruguay.

Según el Dr. Alberto E. Iñon que trabaja en el Programa C.A.P.P.A. de Nación, las planillas de registro de Trauma Pediátrico permite definir claramente los perfiles de la

enfermedad, accidentes, y contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar que los niños sanos se conviertan en víctimas.

La hoja de Registro de Trauma Pediátrico es administrada solamente en internación pediátrica y Terapia Intensiva, y no quedan archivadas en las Historias Clínicas, sino que se mandan a una Base de Datos en Buenos Aires, no son utilizadas en Consultorio Externo.

La implementación de las planillas tuvo dos fases, una que comenzó desde enero de 1990 a diciembre de 1994 que se llevó a cabo en el Hospital Castro Rendón de Neuquén en pacientes internados, de edad pediátrica (menores de 14 años) y que sufrieron un accidente. El total registrado en la fecha mencionada fue de 576 pacientes, de los cuales el 51% ocurrieron en la vía pública y el 34 % en el Hogar, del total 15 niños sufrieron T.E.C. severo.

Informa Allende que en julio de 1990 a 1995 se registró solamente en Terapia Intensiva un total de 76 T.E.C. de los cuales 54 % había ocurrido en el Hogar y el 46 % en vía pública.

La segunda fase de implementación de la planilla de Trauma Pediátrico comenzó en el año 1996, y según el Dr. Allende aún no tienen programada la fecha de terminación de la recolección de datos.

De acuerdo a la evaluación de las planillas, refiere Allende que se arribaron a resultados positivos, considerando la implementación de las mismas eficaces, dado que permite analizar y determinar los principales riesgos actuales de accidentes. Como desventaja analizaron que las mismas son consideradas un poco extensas.

Una de las variables que se consideran en la presente investigación son las secuelas, consecuentes de algún tipo de accidente en el hogar, se observó ausencia del registro de las mismas en las Historias Clínicas. El Dr. Allende afirma que es muy escaso el registro que existe sobre las secuelas ocasionadas por accidentes, por tal motivo actualmente se está estudiando un sistema de registro y un seguimiento de las mismas.

Según Allende las discapacidades más comunes que observó en el Hospital Castro Rendón, durante toda su experiencia, fueron las Discapacidades motoras consecuente de un T.E.C. por accidente.

De acuerdo al Dr. Allende actualmente los accidentes que ocurren en el Hogar afecta a la población menores de cinco años, y los que ocurren en la vía pública a los niños mayores de cinco años.

Capítulo III:

Enfoque Teórico de la Prevención

Desarrollo Conceptual de la Prevención

Podemos aceptar que los accidentes son involuntarios, es decir ajenos al deseo humano, desencadenados la mayoría de las veces, en forma súbita y rápida (22), pero no ligar el término accidente con una actitud fatalista, evidenciado por frases tales como “ha sido una fatalidad”, o “es el destino”, o “me descuidé un segundo y ...”(18). Está perfectamente comprobado que la seguridad en el Hogar es posible (18). Por ello como Terapistas Ocupacionales es necesario conocer y aplicar las técnicas de seguridad que brinden al niño un ambiente protector.

Patri Merino refiere que los accidentes no son casuales; para que alguno se produzca es necesario que, previamente, haya ocurrido una cadena de hechos previsibles (10).

Los padres mientras observan y disfrutan el desarrollo y crecimiento de su niño, debería tener en cuenta qué actos o conductas psicomotoras potencialmente riesgosas a comenzado a realizar. Con la Terapia Ocupacional podemos educar a los padres brindando información sobre psicomotricidad asociada a los peligros del entorno y entrenarlos para que realicen una adecuada supervisión del niño

La Terapia Ocupacional debe partir de la idea que prevenir significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (7) y la muerte como consecuencia de un accidente dentro del hogar.

Hay que educar a los padres para que puedan observar, pensar, tomar medidas, en una palabra prevenir (22).

Si pensáramos y focalizáramos toda nuestra atención para anticiparse a los riesgos potenciales, evitaríamos así los accidente, y reduciríamos la morbi-mortalidad también el dolor de la familia, tiempo, gasto, y el trauma ocasionado al niño por una hospitalización. Como refiere Ljudmila Pavlona Grigorovic (19) además del sufrimiento directo causado por los accidentes infantiles, éstos ejercen un importante efecto económico al absorber fondos de los servicios de salud y obligar a los padres a ausentarse de su trabajo.

En función del análisis de los factores de riesgo según la tríada epidemiológica: huésped (considerando edad, sexo, conducta psicomotriz), agente causal, y circunstancias que rodean al hecho (ambiente físico, constitución familiar, tiempo de ocurrencia, etc.), desde Terapia Ocupacional se plantean medidas en relación a las Actividades (A.V.D. y Actividad Lúdica) desarrolladas por el adulto y el niño, con el fin de prevenir los accidentes dentro del hogar y evitar lesiones y mortalidad por los mismos, este tema merece un capítulo aparte, en consideración con los resultados obtenidos.

SEGUNDA PARTE:

ASPECTO METODOLÓGICO

TRABAJO DE CAMPO

PROBLEMA:

Cuáles son las características de la población de niños menores de cinco años accidentados, qué tipo de accidente dentro del hogar sufrieron, qué tipo de morbilidad padecieron, o si fue causa de mortalidad y que han requerido atención en sala de internación pediátrica o en guardia del Hospital Castro Rendón de la Ciudad de Neuquén, durante el período 2 de enero de 1993 al 15 de agosto de 1996.

OBJETIVOS:

Generales

Registrar las características de la población infantil que ha padecido un accidente dentro del hogar, así como el medio ambiente y los agentes responsables del mismo, y que han concurrido para su atención a Sala de Internación Pediátrica o Terapia Intensiva del Hospital Castro Rendón.

- ⇒ Valorar la morbi-mortalidad por accidente de la infancia, como uno de los problemas prioritarios de Salud.
- ⇒ Establecer medidas preventivas de accidentes en el hogar una vez extraídos los resultados.
- ⇒ Aportar acciones de promoción de la Salud y prevención primaria.
- ⇒ Aportar bibliografía desde el campo de la Terapia Ocupacional, respecto a la prevención primaria acerca de la temática que ocupa la presente investigación.

Específicos

- ⇒ Conocer y registrar la frecuencia de accidentes ocurridos dentro del hogar y que precisaron asistencia en Sala de Internación Pediátrica o Guardia del Hospital y su distribución según edad y sexo.
- ⇒ Analizar y describir los agentes responsables del accidente de los niños y su distribución según edad.
- ⇒ Registrar tipo de lesión causado por el accidente.
- ⇒ Describir circunstancias prevalentes que rodearon al hecho accidental.
- ⇒ Elaborar acciones destinadas a prevenir los accidentes infantiles dentro del hogar.

PROPÓSITO

El propósito de este estudio es, según sean los resultados obtenidos, dar información y educar a la población en general sobre el tema que ocupa la investigación, con el fin de prevenir tanto la deficiencia como la mortalidad producidas por accidentes ocurridos a niños menores de 5 años dentro del hogar, brindando mayor calidad de vida y seguridad a los mismos.

Desde las acciones que conciernen a Terapia Ocupacional es importante enunciar y planificar acciones destinadas a reducir los accidentes domésticos, considerando todos los factores de riesgos que exponen al infante al hecho accidental y evitar así sus consecuencias.

En la elaboración de estas estrategias no se cuenta con la participación de un equipo multidisciplinario -por razones obvias- el cual sería útil para el análisis y planificación de acciones preventivas.

Ante la escasa literatura o trabajos publicados que incluyan la labor de las terapistas ocupacionales como profesionales calificados en el abordaje del tema que nos ocupa, este estudio pretende contribuir con la bibliografía específica del mismo.

Queda, pues, abierta esta investigación y planteada las medidas preventivas para ser aplicadas en futuros estudios y evaluar la eficacia de las mismas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

ACCIDENTE EN EL HOGAR:

a. Definición científico-informativo:

Se define como aquella ocurrencia en una secuencia de eventos que usualmente produce una lesión no intencional, muerte o daño a la persona, que sucede dentro del domicilio o en sus alrededores próximos y que no tienen relación con los ocurridos en los lugares públicos.

Los accidentes dentro del hogar afectan, con mayor frecuencia a niños preescolares.

Los tipos de accidentes se clasifican en intoxicaciones, quemaduras, caídas, asfixias, electrocución, etc..

b. Definición operacional:

Se refiere a aquellos sucesos ocurridos en forma imprevista dentro del domicilio o en sus alrededores próximos, que pueden producir una lesión no intencional, muerte o daño en el organismo. Se clasifican, para el presente estudio en: intoxicaciones, accidente por herida cortante-punzante, quemadura, electrocución, asfixia por inmersión, por sofocación, estrangulación accidental, accidente en ascensor, caídas.

TIPO DE ACCIDENTES

Intoxicación

a. Definición Científico-Informativo:

Es la ingesta o inhalación accidental de distintos productos, medicamentos, insecticidas, etc., que puede ocasionar trastornos en el organismo como insuficiencias respiratorias, renales, gástricas y/o neurológicas.

Este tipo de accidente afecta con mayor frecuencia la población de niños menores de 5 años.

b. Definición Operacional:

Es la ingesta por inhalación de diferentes productos como: medicación casera, farmacológica, monóxido de carbono, etc., que ocurren en forma imprevista dentro del domicilio, y que puede ocasionar una lesión no intencional caracterizada por alteraciones en el organismo como trastornos respiratorios, circulatorios, gástricos y/o neurológicos, hasta llegar a desencadenar la muerte.

Accidente por Herida Cortante-Punzante

a. Definición Científico-Informativo:

Es el evento ocurrido inesperadamente que provoca una lesión no intencional en diferentes planos de los tejidos: celular, subcutáneo, muscular u otros órganos, ocasionados por objetos cortantes y punzantes.

b. Definición Operacional:

Se refiere al acontecimiento ocurrido en forma imprevista, que provoca una lesión no intencional en distintos planos de los tejidos del organismo, y que es ocasionado por objetos cortantes y punzantes, tales como: cuchillos, tijeras, vidrios, etc., producidos dentro del domicilio.

Quemaduras

a. Definición Científico-Informativo:

Es el suceso ocurrido inesperadamente sobre los distintos tejidos cutáneos producido por la acción de agentes térmicos.

Las quemaduras afectan con mayor frecuencia a niños menores de 5 años.

El ámbito de la cocina constituye el lugar del hogar donde el accidente por quemadura se producen mayor frecuencia.

b. Definición Operacional:

Se denomina accidente por quemadura al acontecimiento ocurrido en forma imprevista, producido dentro o en los alrededores del hogar y que ocasiona lesiones no intencionales en los tejidos por la acción de agentes térmicos, tales como: contacto corporal con soluciones acuosas y oleosas calientes y contacto con fuego directo.

Electrocución

a. Definición Científico-Informativo:

Se refiere al accidente ocasionado por la acción de la corriente eléctrica sobre el cuerpo humano, ya sea por suministro doméstico o industrial, siendo la más característica la de arco y la de contacto.

Este tipo de accidente puede provocar la muerte por shock eléctrico o lesiones locales tales como necrosis en un segmento o parte de él.

b. Definición Operacional:

Se refiere al evento por el paso de la corriente eléctrica a través de los tejidos del cuerpo humano, ocurrido en forma imprevista en el domicilio o cercano al mismo.

Se produce por una descarga eléctrica ya sea de arco o contacto, suministrada por corriente de uso doméstico, por contacto con enchufes, agua electricidad, etc., puede provocar lesiones no intencionales desde necrosis del tejido afectado hasta muerte por shock eléctrico.

Asfixia por Inmersión

a. Definición Científico-Informativo:

Se denomina así al accidente por ahogamiento caracterizado por la muerte dentro de las veinticuatro horas de sumersión en el agua, a la casi-ahogamiento con una sobrevida mayor a las veinticuatro horas después de la sumersión.

El cuarenta por ciento de los asfixiado son menores de cuatro años.

La semiología se caracteriza por jipoxia, trastornos pulmonares, del S.N.C. hipotermia y otros.

b. Definición Operacional:

Se refiere al accidente ocasionado por el ahogamiento o casi-ahogamiento de una persona, ocurrido en forma imprevista, por sumersión dentro del agua, ya sea por caída involuntaria, por juegos, o por permanencia en la misma sin supervisión de adultos, en pileta privada, balde, bañera y otros. Ocurriendo dentro o alrededor del domicilio.

Este tipo de accidente puede ocasionar lesiones no intencionales como: trastornos pulmonares, respiratorios, de S.N.C., hipóxia, otros y hasta la muerte.

Asfixia por Sofocación

a. Definición Científico-Informativo:

Es el acontecimiento provocado inesperadamente, caracterizado por falla de la respiración pulmonar por falta de oxígeno o por imposibilidad de que este llegue a los pulmones, cuando las vías respiratorias quedan obstruidas por la utilización de bolsas o cartón, durante el juego.

b. Definición Operacional:

Se refiere al evento ocurrido imprevistamente dentro o en los alrededores próximos al hogar y que provoca una lesión no intencional caracterizada por falla en la respiración pulmonar con disminución o ausencia de oxígeno, provocada por uso de bolsa de polietileno, cartón o papel sobre la cabeza, impidiendo el pasaje normal de aire.

Estrangulación Accidental

a. Definición Científico-Informativo:

Es el acontecimiento en forma inesperada y no intencional ocasionado por el fallo en la respiración pulmonar y por falta parcial o total de oxígeno, por uso de lazos y cuerdas sobre la zona del cuello.

b. Definición Operacional:

Es el evento ocasionado en forma imprevista, dentro o en los alrededores próximos al domicilio, que produce una lesión no intencional, caracterizada por fallo en la respiración pulmonar, causados durante el juego por cuerdas, lazos, dispositivos de contención y otros, sobre la zona del cuello.

Accidente en Ascensor

a. Definición Científico-Informativo:

Se denomina así al accidente ocasionado por la introducción de un segmento corporal a través de la puerta del ascensor, y que puede provocar desde traumatismos leves hasta más severos como una sección completa de dedos o un miembro.

b. Definición Operacional:

Se refiere al accidente ocasionado por la introducción de un segmento corporal a través de rejas punzantes, enrejado metálico u otro diseño de puertas de ascensor. Ubicado dentro del domicilio o como acceso al mismo, y que puede provocar una lesión

no intencional desde encoriaciones hasta la amputación parcial o completa de algunas falanges o del miembro.

Caídas

a. Definición Científico-Informativo:

Se refiere a la energía cinética ocasionado por el desplazamiento de todo el cuerpo en el mismo o diferente plano pudiendo producir traumatismo de partes blandas como también del esqueleto.

Este tipo de accidentes afecta con mayor frecuencia la población de niños menores de cinco años.

b. Definición Operacional:

Se denomina así al evento ocurrido en forma imprevista en el domicilio ocasionado por la energía cinética por deslizamiento del cuerpo, según desde diferentes planos, como muebles, ventanas, juguetes con ruedas, etc., o en el mismo plano por presencia de obstáculos en el piso.

Este tipo de accidente puede ocasionar lesiones no intencionales en el organismo como fracturas, traumatismo de cráneo y politraumatismo, etc., hasta la muerte.

AGENTE RESPONSABLE

a. Definición científico-informativo:

Es el agente productor del accidente, que se caracteriza por la exposición aguda de distintas energías (mecánica, térmica, eléctrica, etc.) que interactúan con el cuerpo en cantidades o tasas que exceden el umbral de tolerancia humana. Por ejemplo: contacto con cables y enchufes para el tipo de accidentes por electrocución, contacto con agua, té hervidos para accidente por quemadura.

b. Definición Operacional:

Es el elemento productor del accidente, que por su exposición aguda, interactúan con el cuerpo en cantidades o tasas que exceden el umbral de tolerancia humana y que se encuentra modificado en su peligrosidad por los cambios ambientales. Para el estudio se considerarán los siguientes:

- * Cuna, muebles, cambiador, escaleras, balcones, ventanas para accidentes por caídas desde diferentes planos.
- * Triciclo, bicicleta, patines, andador para accidentes por caídas desde juguetes rodados.
- * Juguetes, herramientas y otros para accidentes por caídas por tropiezo con obstáculos.
- * Contacto con agua, sopa, té, leche para accidentes por quemaduras con soluciones acuosas calientes.
- * Aceite hervido , grasa para accidente por quemaduras con soluciones oleosas calientes.
- * Fuego directo para accidente por quemadura.
- * Cuchillo, tijera, navaja, máquina electrodoméstica, vidrio, para accidentes por heridas cortantes.
- * Rejas con diseños punzantes y enrejado metálico para accidente en ascensor.
- * Contacto con cables, enchufes, introducción de prolongador en la boca, y contacto agua-electricidad, para accidentes por electrocución.
- * Sumersión en pileta, bañera, balde para accidente por ahogo por inmersión.
- * Bolsita de polietileno, de papel, caja de cartón para accidente por ahogo por sofocación.
- * Cuerda, lazo, dispositivos de contención, para accidentes por estrangulación .
- * Medicación farmacológica, casera, insecticida, plomo (plastilina, pintura, juguetes) detergentes, hidrocarburos (querosene, gas oil, nafta, aguarrás, thinner, bencina), monóxido de carbono (braseros, estufas a gas o leña, cocina, calefones) para accidentes por intoxicaciones.

CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

a. Definición Científico-Informativa:

La consecuencia de un accidente se mide de acuerdo al criterio de gravedad en relación con la intensidad de las lesiones, pudiendo provocar deficiencia transitoria o permanente en el organismo.

b. Definición Operacional:

Es la intensidad de gravedad de las lesiones agrupadas en los dos últimos niveles de tratamiento: hospitalización; y muerte.

Se describe desde el punto de vista de los accidentes en: T.E.C. con o sin fractura, Politraumatismos (con o sin T.E.C. asociado), fracturas, lesión cortante-punzante, amputación, quemadura térmica, quemadura por electricidad, trastornos respiratorios, gástrico, y/o neurológico por efecto tóxico, y trastornos circulatorios, respiratorios, y/o neurológico por asfixia, y traumatismo de miembros inferiores.

Como efecto de ellas, se desencadena una deficiencia ocasionada por el accidente, siendo esta última transitoria cuando el daño en el organismo es reversible -quedando el paciente sin secuelas- o permanente, cuando es irreversible -acarreado secuelas motoras, sensitivas o sensoriales-.

FACTORES DE RIESGO

a. Definición Científico-Informativa:

Se define factores de riesgo como todo atributo o circunstancia del huésped, agente y ambiente, que expuesto a ellos existe más probabilidad de sufrir un accidente.

b. Definición Operacional:

Es la combinación de condiciones entre el huésped, agente y ambiente, que aumentan la probabilidad de efectuar el accidente. En relación al huésped se caracteriza por edad, el sexo y el nivel de maduración, al agente el tipo de elemento causal y al ambiente el lugar donde se desarrolla el hecho accidental y la supervisión o no de adultos hacia el niño.

CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL HECHO

a. Definición Científico-Informativa:

Se define como aquella sucesión de eventos caracterizados por el lugar, el tiempo y la presencia o no de un control específico por otras personas sobre el huésped, en el momento del accidente.

b. Definición Operacional:

Es la combinación de eventos ocurridos en el instante de producirse un accidente, que se caracterizan por el lugar -cocina, comedor, jardín, baño, dormitorio-; el tiempo -mañana, tarde, noche- y la presencia de mayores -padres, tíos, abuelos, hermanos mayores o menores- o la ausencia de ellos, con o sin supervisión de los mismos.

A la presente investigación se agregan nuevas variables por considerarlas importantes para ampliar el conocimiento del tema que incumbe a dicho estudio.

Las mismas son:

- Datos Familiares (constituido por tipo de familia, tipo de vivienda, factores de riesgo de familia).
- Accidentes previos.
- Cirugía.

Datos Familiares:

- Tipo de Familia: caracterizada por el número de miembros considerando completa aquella que está constituida por la presencia del padre y la madre, e incompleta a la ausencia de uno de los dos.

- Tipo de Vivienda: se defina como vivienda adecuada aquella edificada de material y que cuenta con todos los servicios básicos (luz, gas, agua potable, baño instalado), e inadecuada a las realizadas de madera o chapa y que carece de algunos o todos los servicios básicos.

- Factores de Riesgo Familiar: se refiere a los antecedentes socio económicos de la familia, tales como violencia, abandono, dificultades económicas que son relevantes para el riesgo en cuestión y se lo clasifica en presenta o no riesgo.

Accidentes Previos:

Se refiere al antecedente de haber sufrido algún tipo de accidente antes del actual.

Cirugía:

Se refiere a la intervención quirúrgica de mayor o menor complejidad requerida por una lesión provocada por un accidente domiciliario.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Diseño:

Teniendo en cuenta el propósito de esta investigación, y los objetivos ya planteados, el diseño metodológico a seguir es: DESCRIPTIVO - TRANSVERSAL.

Universo y Muestra:

El universo de estudio estará constituido por todos los niños menores de 5 años que ingresaron por internación pediátrica y guardia -hayan muerto, o no- al hospital Castro Rendón, durante el período 2 de enero de 1.993 al 15 de agosto de 1.996.

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluirán:

- * Niños que sufrieron accidentes según diagnóstico por circunstancia y por lesiones y que han concurrido para su atención a sala de internación pediátrica o guardia del hospital Castro Rendón.
- * Niños de edades comprendidas entre un día y menores de 5 años, de ambos sexos.
- * Niños que pertenecen a familias de diferentes niveles socioeconómicos.
- * Niños que han sufrido el accidente dentro del hogar.

No se incluirán:

- * Niños con antecedentes de discapacidad motora o mental.
- * Niños que sufrieron algún tipo de accidente en lugares públicos.
- * Niños que sufrieron accidentes de asfixia, por presencia de cuerpo extraño en faringe, oídos y nariz.
- * Niños con consecuencias leves de accidentes dentro del hogar.
- * Accidente que fue secundario a homicidio, aunque haya ocurrido dentro del hogar.

Tipo de Muestreo:

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra es NO PROBABILISTICO, INTENCIONAL. Las unidades muestrales serán seleccionadas en forma no aleatoria, ya que se incluirán en el estudio a todos los niños considerados de acuerdo a los criterios de inclusión.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

La información para el presente estudio proviene de los siguientes documentos:

- Historia Clínica.
- Anamnesis básica.
- Epicrisis.
- Hoja quirúrgica.
- Datos informáticos del servicio de estadística del Hospital Castro Rendón.
- Estadísticas Vitales.

Se utiliza una técnica estructurada procediendo con el plan de recolección de datos, seleccionando las variables de interés y construyendo para tal fin un instrumento estructurado denominado: Hoja de Registro.

Se realizó una entrevista dirigida a profesional calificado en el tema, con la finalidad de recabar y ampliar la información sobre la situación actual del tema, investigaciones sobre el mismo, realizadas en el Hospital Castro Rendón, eficacia de Registro de trauma pediátrico y demás temas. La entrevista se desarrollo de dos formas: primero personal, con duración de 40 minutos y luego telefónicamente, con duración de 20 minutos, las respuestas fueron registradas en forma escrita.

Explicación de la recolección de datos:

Antes de la recolección de datos, se realizó la equipación de variables en estudio, de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedad de la lista de categoría de tres

dígitos de la O.M.S., codificación implementada por el servicio de estadística del Hospital Castro Rendón, para sus archivos informáticos.

Una vez efectuada la equipación, se extrajeron del mismo servicio, a través del sistema informático, los siguientes datos: Número de Historia Clínica, Grupo de edad, Diagnóstico Principal, Primer diagnóstico y segundo diagnóstico (para objetivizar los datos) y lugar de ocurrencia.

Con la información suministrada por el departamento de estadísticas accedo durante un período de 40 días al archivo de Sala de Internación y de Terapia Intensiva del mismo Hospital, tomando contacto con 342 historias clínicas en las que se realizó lectura de las siguientes planillas:

- Anamnesis básica,
- Epicrisis,
- Hoja quirúrgica,

registrándose en forma escrita en la Hoja de registro (de elaboración propia), los siguientes datos:

- Número de Historia Clínica,
- Sexo,
- Residencia,
- Edad,
- Fecha de Ingreso,
- Fecha de Egreso,
- Tipo de Accidente,
- Lesión,
- Agente Responsable,
- Secuelas,
- Cirugía,
- Datos Familiares (Tipo de vivienda, Tipo de familia, Factores de Riesgo),
- Accidentes Previos,
- Circunstancias que rodean al Hecho (Lugar, Tiempo, Presencia de alguna persona).

Hubieron tres Historias Clínicas faltantes, motivo que impidió el registro de los datos de dichas historias.

No se pudieron extraer los datos del servicio de Guardia, debido que no cuentan con registros computarizados, y con un registro manual completo, dado que los pacientes que ingresan por dicho servicio realizan el tratamiento ambulatorio correspondiente a cada caso y se deriva a Sala de Internación Pediátrica o Terapia Intensiva de acuerdo a la gravedad.

Del total de variables en estudio, no hay información registrada de las Historias Clínicas sobre secuelas ocasionadas por el accidente.

Se observó escasa información registrada en circunstancias que rodean al hecho, como podrá observarse en el capítulo de análisis de datos.

Para ampliar la información y conocer la situación de los accidentes en la población de niños internados, se extrajeron del sistema informático del servicio de estadística del Hospital Castro Rendón datos sobre:

- Internaciones por enfermedades e internaciones por todos los accidentes,
- Accidentes en el Hogar, en vía pública y los no especificado,
- Accidentes en Hogar según sean menores o mayores de 5 años.
- Cantidad de Accidentes según tipo de accidente en estudio y otras causas.

Apreciación de Instrumentos de Recolección de Datos

Durante la primer semana de recogida de datos se realizó una evaluación del instrumento para su recolección, y se concluyó que era ineficaz por el formato, dado que registraba solo un caso por hoja, siendo poco funcional, por ello se implementó un cambio en el mismo de la hoja de registro, y se observó mayor rapidez en su recolección.

Análisis e Interpretación

de los Datos

Resultados, Análisis e Interpretación

De acuerdo a los datos extraídos del Hospital Castro Rendón de Sala de internación pediátrica y Terapia intensiva de los períodos comprendidos desde enero de 1993 a junio de 1996, se obtuvieron los siguientes resultados:

La causa de internación de niños menores de 14 años, por todos los accidentes, fue de 15,9 %. El Accidente en el Hogar figura en primer lugar con un 56,9 %. Le siguen los que ocurren en vía pública con un 30 %, y el resto no especificado.

De los accidentes ocurridos en el hogar (Tabla 1 y Gráfico 1) los niños menores de cinco años son los más propensos a sufrir un accidente (figuran con el 63 %). Esto ocurre porque el niño a estas edades pasa mayor parte del tiempo dentro de su casa. Estos datos son también confirmado por el análisis de Cadis y Fundación D.L.N.A.P.P. (25).

Los accidentes en el hogar más frecuentes de niños menores de cinco años son las caídas, las quemaduras, y las intoxicaciones. Las caídas ocupan el 48 % de los casos y el agente responsable más común es “desde distintos planos” (cama, balcón, ventana, escalera, etc) con un 76,8 %. Este dato coincide con lo enunciado por el Dr. Casullo (26) que “las caídas suelen ser muy frecuentes y provocadas desde distintos planos”.

Ante esto Santillán Varela Beccar y otros (5) afirman que “el ambiente físico merece una continua observación por los permanentes cambios en sus componentes (muebles, objetos)”. Es la Terapia Ocupacional que en un rol preventivo de evitar los accidentes, debe analizar el lugar físico e instaurar los medios necesarios, con el fin de asegurar ventanas y escaleras, indicación de colocación de barrotes, de ordenamiento de objetos que no obstaculicen el normal pasaje de los niños, y asesoramiento a los padres en cuanto al tipo de supervisión en relación a la actividad del niño.

En cuanto a las quemaduras, éstas se ubican en segundo lugar, con un 25 % de los casos. El agente más común que las produce son las soluciones acuosas, figuran con un 80% con respecto al resto de los agentes de quemaduras. La frecuencia de este agente es también confirmado en los estudios de Maiztegui (14).

En el tercer lugar de los accidentes más comunes en niños menores de cinco años figuran las intoxicaciones con un 16,7 % de los datos registrados. El 40 % de estos episodios se produjo por la injección de medicación farmacológica como agente responsable más frecuente. La intoxicación accidental se debe de acuerdo a lo mencionado por Gimenez Estela R. y otros en su capítulo de intoxicación (18) a “la vinculación entre el hábitat del paciente y su accesibilidad a todo tipo de producto (medicación, insecticida, etc.)”, hecho que como Terapeuta Ocupacional debemos conocer para informar a los padres como disminuir los riesgos ambientales, alejando del alcance de los niños todo producto nocivo para el mismo.

Queda en manos de la Terapia Ocupacional conocer todos los agentes productores del accidente con el fin de elaborar un plan de estrategias preventivas.

Le siguen en menor concentración las heridas cortante-punzante y las asfixias por inmersión.

Finalmente si comparamos los resultados recién mencionados con otras investigaciones realizadas, por ejemplo, en Perú (38), se observa igual distribución del lugar que ocupa cada accidente: Figuran primero las caídas, luego las quemaduras y por último las intoxicaciones como los accidentes más frecuentes.

El grupo etáreo más frecuente a sufrir un accidente es el de uno a tres años (Tabla 2, Gráfico 2) figura con un 60,5 %. Esto se debe a las características psicomotrices de esa edad, como se describe en el marco Teórico bajo el título epidemiología de los accidentes. Al año de edad el niño puede rodar, ponerse de pie, manipular objetos, etc., al siguiente camina, corre, trepa, sube y baja escaleras gateando o sosteniéndose de la baranda,

explora el entorno, los objetos, etc.. Todas estas conductas capaces de realizar lo expone a situaciones de potencial riesgo, conociendo estas conductas, como Terapista Ocupacional podemos informar sobre las mismas y brindarle medidas que disminuyan o eliminen dichas situaciones peligrosas.

De los niños menores de cinco años accidentados en el hogar, se observa una discreta frecuencia del sexo masculino (56 %) sobre el femenino (Tabla 3, Gráfico 3).

Las lesiones más frecuentes como consecuencia de los accidentes en niños menores de cinco años son los TEC (37 %), le siguen las quemaduras térmicas (24,5 %), y trastornos respiratorios, gástrico y/o neurológico por efecto tóxico (16,7 %), y otras en menor concentración.

Como describe el Dr. Casullo (26) en el marco conceptual, los TEC “son la causa más frecuente de caídas”, así también lo confirman los resultados de la presente investigación, figurando éstos con un 77 %.

De los 342 casos de niños accidentados en el hogar, el 13 % de ellos requirieron cirugía como consecuencia de sus lesiones.

No figuran datos sobre secuelas como consecuencia de accidentes, ni se lleva a cabo, como afirma el Dr Allende en su entrevista, un seguimiento de las mismas.

Se observa un déficit importante en el registro de la variable “lugar de ocurrencia del accidente en el hogar” y “personas que se encontraban presente durante el mismo”. Pero en función de los descrito por Elvira Suárez (2) el ambiente de la casa más peligroso para el niño es la cocina. Por ello como Terapistas Ocupacionales debemos conocer este ambiente y eliminar los peligros potenciales para el pequeño, como así también disminuir todos los riesgos de otros ambientes.

De acuerdo a los resultados de la muestra se observa mayor frecuencia a ocurrir el accidente durante las horas de la tarde (Tabla 4, Gráfico 4) con un 27 % de los casos. Le siguen los hechos ocurridos en la mañana, 21 % y un 16% por la noche. Es quizás la tarde el momento más frecuente de riesgo, debido a que el niño desarrolla sus juegos.

De los datos familiares (Tabla 5, Gráfico 5) se observa más frecuencia de familias calificadas como completas (78,6 %). El hecho que ambas figuras paternas integren la familia no es un hecho determinante para que suceda un accidente. Pero si las mismas, además de ser completas, cuentan con el conocimiento de las conductas psicomotoras de su hijo, con la información sobre accidentes en el hogar y los riesgos potenciales más importantes, ayudaría a reducir los accidentes.

El Dr. Cusmisky en su capítulo de “accidentes y crecimiento”(3) refiere que el ambiente familiar es importante, dado que el cuidado y seguridad del niño depende de este. La disminución o ausencia de supervisión por parte del adulto es cada vez más notoria, debido a las exigencias sociales de tener que salir ambas figuras paternas a trabajar. Así, el niño se encuentra más desprotegido. Como Terapistas Ocupacionales, es necesario, entonces, educar a los padres o a las personas que se quedan al cuidado del niño, sobre cuáles son las situaciones de riesgo y qué tipo de supervisión brindarle, en forma directa observando las actividades que realiza el pequeño, o indirectamente asegurando el entorno y los objeto que rodean el mismo.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra, el tipo de vivienda (Tabla 6, Gráfico 6) más frecuentes son aquellas calificadas como adecuadas que figuran con un 72,8 %. Por el alto porcentaje se observa que las viviendas pueden ser adecuadas, contando con todos los servicios y comodidades pero a la vez ser inseguras, por falta de protección en ventanas, escaleras, muebles, incorrecta disposición de los muebles, desorden en el ambiente, etc., y ser potencialmente riesgosa para el niño. En esto, la prevención desde la Terapia Ocupacional se basa en enseñarle a los padres como reducir los riesgos ambientales.

En función de los resultados obtenidos en la presente investigación existe una significativa ausencia de datos sobre “factores de riesgo familiar” con un 62,3 %; esta deficiencia en el registro se debe, por un lado, a la urgencia terapéutica de atender al niño accidentado, y por otro, que además de ser un momento dramático para la familia, exista una reticencia para informar problemas psicosociales al médico durante la entrevista. Por ello resulta difícil determinar si influye los factores de riesgos familiar en los accidentes en niños en el hogar, esto merece un estudio aparte.

En los resultados obtenidos de la muestra, aparecen valores poco significativos sobre la mortalidad por accidente en el hogar. Pero este estudio no puede obviar la magnitud del problema, reflejado en las estadísticas vitales de la Provincia (Situación actual de la Cuestión) donde las defunciones por accidentes en menores de un año figuran en tercer lugar, mientras que el grupo de uno a cuatro figura en primer lugar.

TABLAS

Tabla 1: Edad de niños accidentados en el Hogar e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a Junio 1996.-

EDAD	Nº	%
5 y más años	239	36,9%
5 y menos años	409	63,1%
TOTAL	648	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística.

Tabla 2: Edades de niños que sufrieron accidentes en el hogar y se internaron en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a Junio 1996.-

EDAD	Nº	%
Menores de un año	53	15,5%
1 a 3 años	207	60,5%
3 a 5 años	82	24%
TOTAL	342	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.-

Tabla 3: Sexo de niños menores de cinco años accidentados en el hogar e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén.Enero 1993 a Junio 1996.-

SEXO	Nº	%
MASCULINO	192	56,1%
FEMENINO	150	43,9%
TOTAL	342	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica

Tabla 4: Tiempo de ocurrencia del accidente en menores de cinco años, internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a Junio 1996.-

TIEMPO	Nº	%
MAÑANA	74	21,6%
TARDE	93	27,2%
NOCHE	56	16,4%
NO FIGURAN DATOS	119	34,8%
TOTAL	342	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

Tabla 5: Tipo de familia de niños menores de cinco años accidentados e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a Junio 1996.-

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
COMPLETA	269	78,7%
INCOMPLETA	54	15,8%
NO FIGURAN DATOS	19	5,6%
TOTAL	342	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

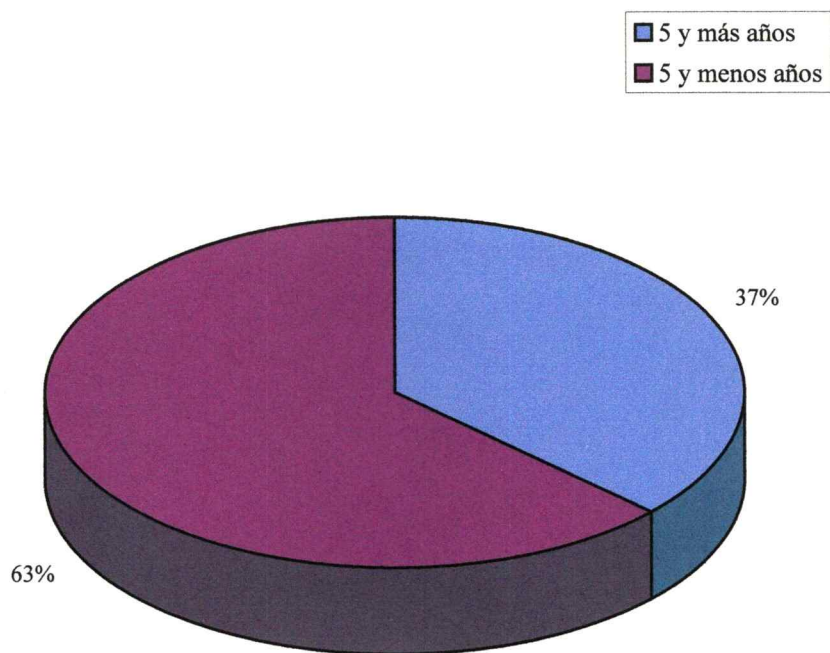
Tabla 6: Tipo de vivienda de niños menores de cinco años accidentados e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a Junio 1996.-

TIPO DE VIVIENDA	Nº	%
ADECUADA	249	72,8%
INADECUADA	61	17,8%
NO FIGURAN DATOS	32	9,4%
TOTAL	342	100%

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

GRAFICOS

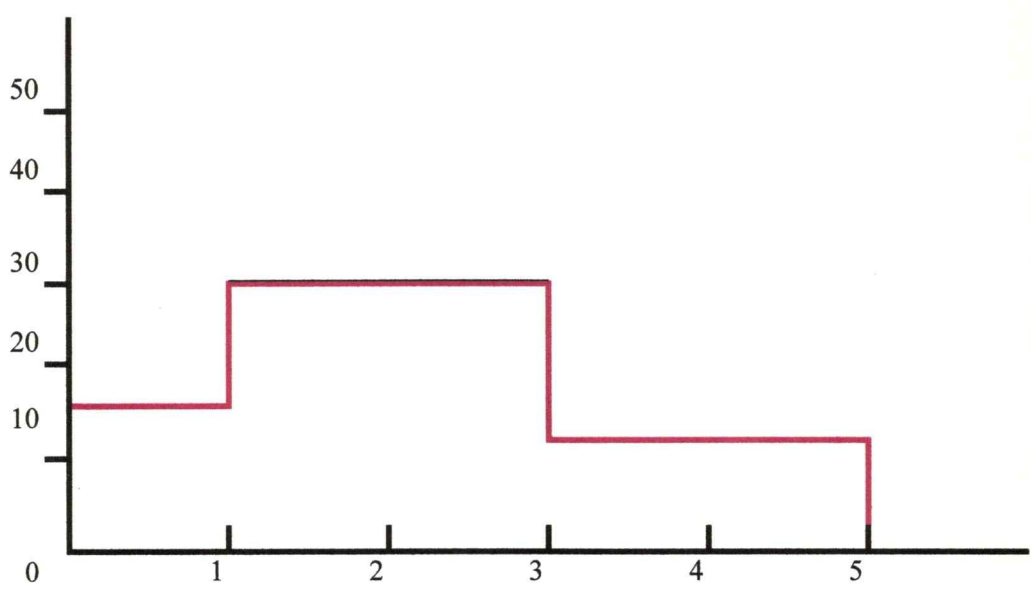
GRAFICO 1



Edad de niños accidentados en el hogar e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística.

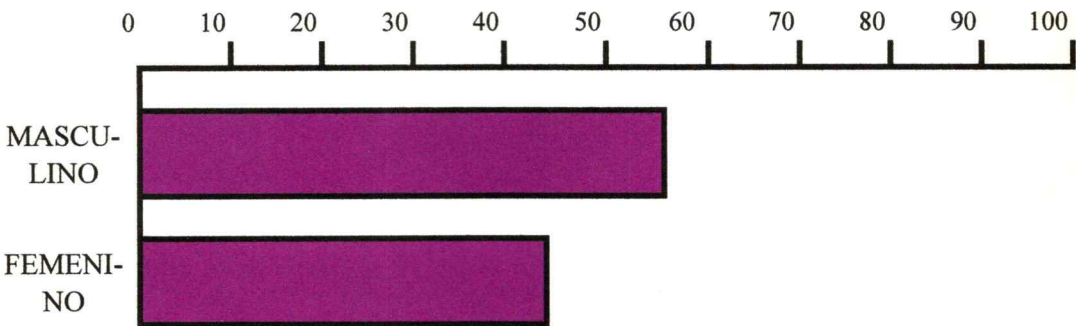
GRAFICO 2



Edad de niños que sufrieron un accidente en el hogar, y se internaron en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

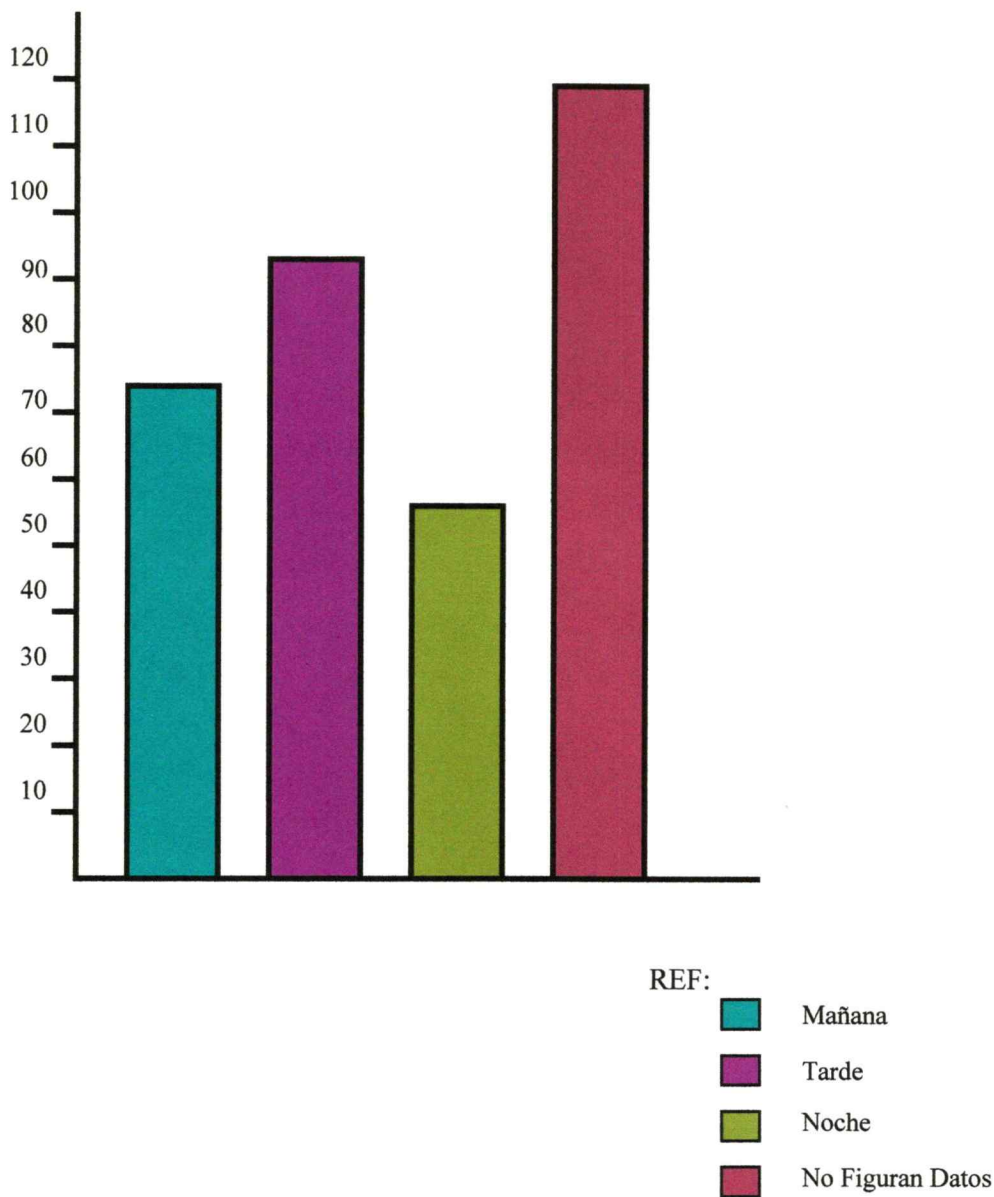
GRAFICO 3



Sexo en niños menores de cinco años que sufrieron un accidente en el hogar, y se internaron en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

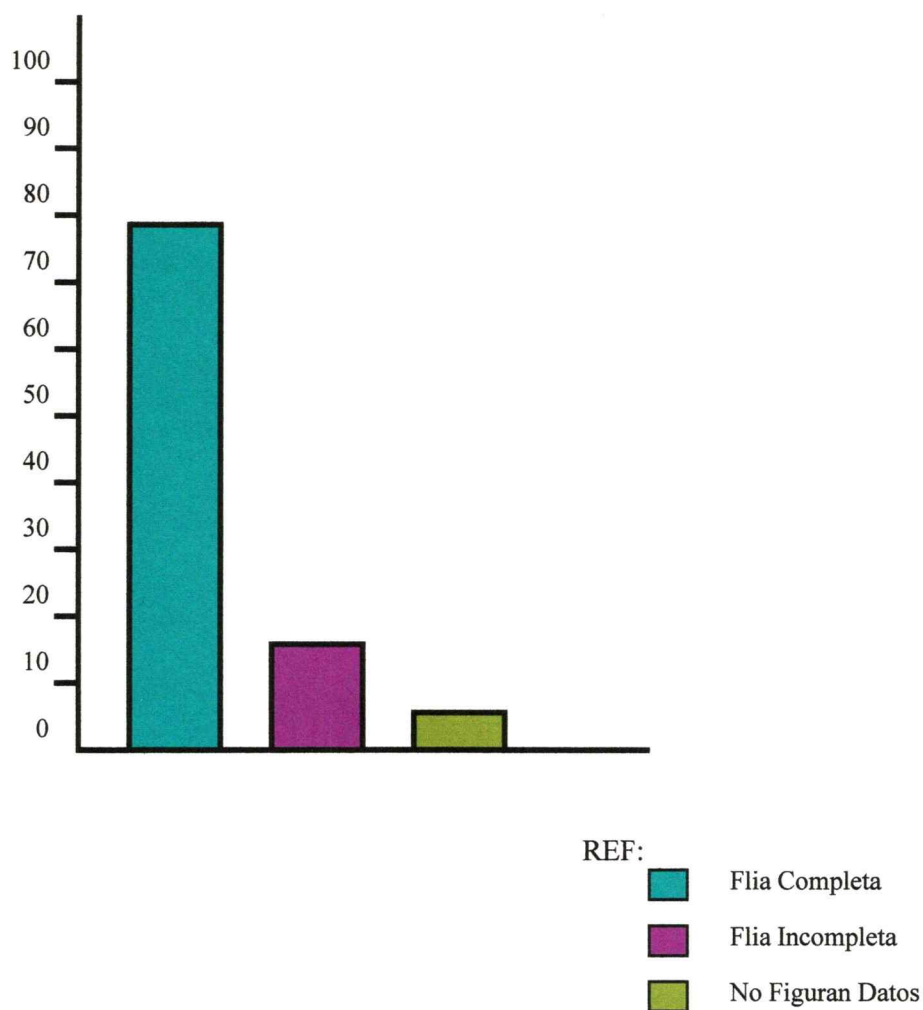
GRAFICO 4



Tiempo de ocurrencia del accidente en menores de cinco años, internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

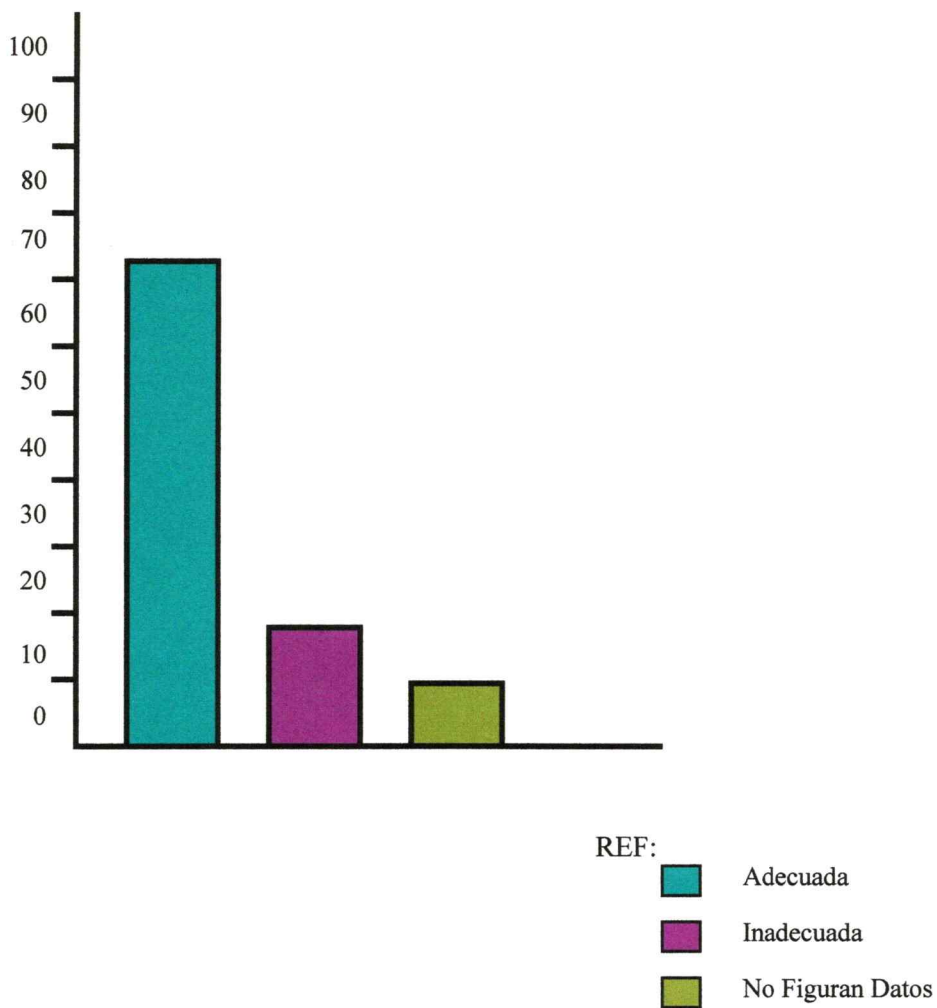
GRAFICO 5



Tipo de familia de niños menores de cinco años accidentados e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

GRAFICO 6



Tipo de vivienda de niños menores de cinco años accidentados e internados en sala de internación pediátrica y terapia intensiva del Hospital Castro Rendón de Neuquén. Enero 1993 a junio 1996.

Fuente: Hospital Castro Rendón. Servicio de Estadística. Archivo de Historia Clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos en la presente investigación y de los datos citados por la bibliografía se deduce:

En los niños menores de cinco años son más frecuentes los accidentes dentro del hogar porque pasan la mayor parte del tiempo dentro del mismo. Como así también por su exposición a los peligros, falta de experiencia, y su poca habilidad para evitarlos (1).

Según la O.M.S. la mitad de los accidentes ocurren en el Hogar (20).

Los accidentes más frecuentes son las caídas, le siguen las quemaduras y las intoxicaciones.

Los agentes responsables más comunes son:

- Los distintos planos (muebles, ventanas, balcones, escalera) para las caídas.
- Las soluciones acuosas calientes para las quemaduras.
- La ingesta de medicación farmacológica para las intoxicaciones.

Los niños más expuestos a sufrir un accidente en el hogar son los del grupo de 1 a 3 años, debido a las conductas psicomotrices de esta edad.

Las lesiones más frecuentes como consecuencia del accidente son los traumatismo encéfalo craneano, le siguen las quemaduras térmicas y los trastornos respiratorios, gástricos y/o neurológicos por efecto tóxico.

Los T.E.C. son la lesión más común de las caídas.

Conocer y supervisar el ambiente físico ayuda a disminuir los riesgos del entorno.

Tener una vivienda adecuada contar con todos los servicios y cómoda no es suficiente para disminuir los riesgos sino se le brinda protección y seguridad a la misma.

Que el niño conviva con ambas figuras paternas no es suficiente si las mismas no se informan sobre accidentes y sus riesgos y si no se realiza una adecuada supervisión del pequeño.

Se concluye que el hogar es el lugar donde mayor tiempo pasan los niños menores de cinco años, por ello es más frecuente sufrir un accidente dentro del mismo que en otro sitio. Desde Terapia Ocupacional, se sugieren recomendaciones tendientes a modificar y reducir todo riesgo potencial que se halle dentro del domicilio, con el fin de evitar los accidentes. Pudiendo:

- Brindar información a familiares niños y población en general sobre la importancia y magnitud de los accidentes en el hogar y cuáles son los factores de riesgo potenciales para el pequeño, con el fin de disminuirlos o eliminarlos.
- Ofrecer información sobre características psicomotoras del niño y la relación de éstas con las situaciones hostiles para el pequeño.
- Enseñar a los adultos como reducir los riesgos ambientales.
- Educar a los padres que enseñen al niño a adquirir conciencia de lo que puede y no hacer o tocar, facilitando la capacidad de autoprotección.
- Ofrecer información sobre actividades desarrolladas por el niño (A.V.D. y Actividades lúdicas) acorde a la edad, y sobre el uso apropiado de juguetes y objetos.

EN UNA PALABRA, BRINDARLE LOS MEDIOS NECESARIOS PARA PREVENIR EL ACCIDENTE.

A continuación se desarrollará en el capítulo aparte una propuesta específica de prevención desde Terapia Ocupacional.

TERCERA PARTE:

PROPUESTA DE PREVENCIÓN
DESDE
TERAPIA OCUPACIONAL

Capítulo IV:

Terapia Ocupacional en Accidentes en el Hogar

Propuesta de Prevención

Como afirma Oscar García y como se observó en el presente estudio, el problema más de los accidentes del hogar, desde el punto de vista de la salud es la morbilidad. La prevención de los accidentes no es exclusiva del médico y de todos los profesionales relacionados a la salud, también a muchos estamentos de la sociedad: arquitectos, urbanistas, ingenieros, maestros, sociólogos, economistas (28).

Rol de la Terapia Ocupacional en la Prevención de accidentes en el Hogar:

La Terapia Ocupacional como agente de salud debe conocer, informar y educar a la población sobre la magnitud e importancia de los accidentes dentro del domicilio, y saber aplicar medidas y estrategias destinadas a evitar la morbi-mortalidad ocasionadas por los mismos.

Los accidentes son situaciones prevenibles en casi la totalidad de los casos.

Objetivo de la Prevención:

- Concientizar a los adultos sobre actitudes y hábitos que brinden seguridad al niño;
- Reducir los riesgos ambientales;
- Incentivar al niño para que adquiriera capacidad de autoprotección

Fin de la Prevención:

El fin de la Prevención hace referencia a evitar la morbilidad con o sin secuela de discapacidad, así como la mortalidad ocasionada por los accidentes domiciliarios,

Destinatarios de la Prevención:

Las acciones preventivas podrán ser dirigidas a familiares, al niño y a la población en general: diseñadores (industriales), educadores, etc., dado que por la magnitud del problema debe interesar a todos a fin de construir un medio ambiente más seguro, eliminando todo tipo de barrera y donde se piense en el infante, de manera de disminuir los riesgos los máximo posible.

Implementación de la Prevención:

Los instrumentos para implementar las medidas son múltiples, a continuación se brindan algunas ideas para difundir la prevención:

- *Proyecto comunitario en salud pública:* A través de un programa de salidas por distintos barrios con Asistente Social y Terapeuta Ocupacional implementar el Test de seguridad en el Hogar y luego brindar información por medio de un folleto sobre las estrategias para evitar los accidentes en el Hogar.
- *Difusión Radial:* Informar a través de la radio la situación actual del problema y luego a través de la grabación en un cassette que consten todas las medidas para evitar los accidentes.
- *Difusión Visual:* Se refiere a brindar la información a través de videos, o concurrencia a algún programa televisión. El video podrá pasarse en guarderías maternas, jardines, y luego de una reunión con los padres y todo interesado allegado al niño podrá debatirse y concluir con la temática del accidente. También puede utilizarse cortos publicitarios (afiches o propagandas televisadas).
- *Diseños infantiles:* Hace referencia a muestras de dibujo infantiles donde figure las situaciones de riesgos y los posibles accidentes a padecer, y dibujos sin riesgos, puede implementarse en jardín de infantes directamente a los niños para enseñarles a tomar conciencia y aprender a protegerse.
- *Implementación de Diapositiva:* Fotos sobre situaciones típicas de riesgo y posibles accidentes y fotos con situaciones adecuadas sin riesgo.

Todas estas ideas podrán ser implementadas con el fin de brindar una información sobre las situaciones cotidianas, corrientes y peligrosas para los niños menores de cinco años, así como también ayudar a fomentar hábitos y actitudes que permitan asegurarle un medio menos riesgoso al niño, e incentivar en él la capacidad de observar, atender y tener sentido de prudencia evitando así cualquier tipo de accidente.

Actividad e Información Educativa y Prevención

La Terapeuta Ocupacional Liliana Sbriller define la actividad como la facultad de obrar, es el conjunto de tareas u operaciones de una persona o entidad (29).

La Terapeuta Ocupacional María Ines Lanfrichi define la actividad como una práctica terapéutica basada en actividades manuales, recreativa, de la vida diaria e industriales dirigidas a personas que poseen alteraciones físicas, psicológicas y sociales o para la prevención de la misma (30).

Desde la función informativa-educativa y preventiva es importante realizar un análisis detallado de las actividades desarrolladas por el niño, con el objeto de reducir y eliminar todo tipo de riesgo, asegurando el entorno físico, eliminando los elementos peligrosos, brindando mayor control y supervisión por parte de los adultos durante la ejecución de la misma, conociendo las conductas psicomotoras del niño acorde a cada edad del desarrollo, evitando así un accidente en el Hogar.

Se define en el siguiente estudio las *ACTIVIDADES* como aquellas tareas desarrolladas por el adulto para asistir a las necesidades básicas del niño; como la alimentación, higiene, vestimenta, juegos, etc., o bien ejecutadas por el mismo infante desarrolladas dentro del hogar o en los alrededores próximos, y que pueden tener riesgo

factibles de ser modificadas a través de acciones destinadas a evitar la morbi-mortalidad por accidente.

Basándonos en el capítulo III "Enfoque teórico de la Prevención", donde se establece que los 'accidentes son involuntarios' - ajeno al deseo humano - pero 'no son casuales', como afirma Alfredo Patri Merino agregando también, que para que se produzca alguno, es necesario que previamente haya ocurrido una cadena de hechos previsibles y afirmando que la SEGURIDAD EN EL HOGAR ES POSIBLE. Tomando en cuenta éstos conceptos, más los factores de riesgo según la tríada epidemiológica y los resultados obtenidos de la muestra, se plantearán las medidas preventivas dirigidas a dos tipos de actividades AVD y Actividades Lúdica.

Dentro de la A.V.D. se consideraran estrategias sobre:

- Tarea de alimentación.
- Tarea de Higiene mínima.
- Tarea de bañado.
- Tarea del dormir.
- Tarea de cargar al niño.
- Tarea de función de eliminación.
- Tarea de vestimenta.

PROPUESTA

Actividades y Acciones Preventivas

A continuación se desarrollará las actividades A.V.D. en cada tarea, juegos y se planteará sugerencias para cada una, con la finalidad de evitar los accidentes durante la ejecución de las mismas.

Actividades de la Vida Diaria

Sugerencias Generales:

Como afirma el Dr. Alberto Casullo, la inmadurez (26) de los mecanismos de equilibrio durante la etapa del niño deambulador, puede llevarlo a situaciones riesgosas si no se realiza un adecuado control de todas las actividades realizadas por el niño desencadenando un accidente.

No permita que el niño realice en forma independiente algunas de las tareas cuando aún no se halla capacitado motriz y cognitivamente, deje que el niño asimile los aprendizajes de las mismas de acuerdo a su elaboración y tiempo personal, de esta manera evitará colocarlo en situación de riesgo previniendo el accidente.

El niño necesita, según Finnie, poseer suficiente equilibrio para ser capaz de sentarse inclinado hacia adelante con libertad y alcanzar y manipular distintos objetos, para poder desarrollar las actividades, téngalo en cuenta para evitar un accidente.

El niño aprende por ensayo y error, entrénelo en todas las actividades: bañarse, vestirse, alimentarse, etc., pero no le brinde situaciones riesgosas, que por error o negligencia suya desencadene un accidente, usted como adulto debe ser responsable de la asistencia y entrenamiento de tareas del niño.

La Sociedad Argentina de Pediatría sugiere:

• ~~NO~~ usar andadores, pero para los casos que se observa su empleo, tener las siguientes precauciones: es necesario observar el área por donde el niño se va a desplazar, escalones, alfombras u objetos que quedan en el piso pueden provocar caídas y también alejar del alcance del niño todo aquello que pueda lesionarlo mientras que usa el andador (objetos cortantes-punzantes, cables, enchufes, elementos tóxicos) (21). Se aconseja que el adulto supervise la actividad del niño.

- Colocar barrotes que impidan el paso de los niños a escaleras y escalones. La separación entre los mismos no debe superar los 6,5 cm, para evitar que la cabeza pase y quede atrapado.

- Ventanas y balcones deben estar protegidos con defensas (21).

Las reparaciones domésticas deben ser confiadas a técnicos especializados y matriculado, esta es también una forma de prevenir accidente, sobre todo al reparar instalaciones a gas, eléctrica o de cualquier naturaleza (25).

Se analizarán las A.V.D. teniendo como base la descripción de la evolución normal de las mismas acorde a cada edad de acuerdo a Finnie (31).

Sugerencias por Tareas

Tarea de Alimentación:

Finnie destaca que alrededor de los seis meses, cuando el niño empieza a sentarse, estará listo para aprender a tomar el líquido o el alimento con los labios de la cuchara, sostiene el biberón con ambas manos, y empieza a alcanzar y manipular objetos con las manos, durante esta etapa considerar:

- Controlar la temperatura de los alimentos, evite quemaduras.
- Evitar el derrame de líquidos calientes ya sea por la manipulación de una mamadera, taza o vaso, evite quemaduras.
- No lo deje solo a su hijo, realice un seguimiento de su conducta. Evite caídas, lesiones con objetos cortantes.

Recuerde que a esta edad, presenta escaso equilibrio y reacciones de defensas y ante la caída de un objeto por el afán de tomarlo puede desencadenar en una caída.

- Aleje del alcance de los niños los utensilios cortantes y punzantes, tales como cuchillos, tenedor, navaja, etc..

De acuerdo a Finnie, aproximadamente a los siete meses, el bebe estará listo para beber sentado líquidos de una taza o de un vaso, en esta etapa suele haber cierta incoordinación que hace que los líquidos se derramen, por ello se aconseja no dejarlo solo, guiarlo en dicho acto y alejar del alcance de los niños los recipientes con líquidos calientes, evite que su hijo se queme.

De acuerdo a Finnie, algunos niños a los ocho o nueve meses empiezan a entender que la cuchara y la comida van juntas, y guiará la mano de la madre cuando los esté alimentando con cuchara. Otros niños en este período ayudan a guiar una taza a su boca. Las sugerencias apuntan a:

- Control de la temperatura de líquidos y alimentos.
- Asistirlo durante el desarrollo de las tareas.
- No ofrecer tazas y vasos de vidrio, que pueden provocar una herida por cortadura.

A los nueve meses comienza a gatear y a explorar el entorno, algunas acciones para evitar los accidentes son:

- No dejar el horno abierto, ya que puede intentar subirse y desencadenar dos tipos de accidentes: una caída o bien una quemadura por volcarse alguna sustancia líquida u oleosa caliente.
- No deje al alcance de los niños productos de limpieza, evítele una intoxicación a su hijo.
- Controle la temperatura de los líquidos y alimentos dado que en esta etapa comienza a introducir sus manos sobre el alimento y puede desencadenar un accidente por quemadura.

Según Finnie, alrededor de los 15 meses el niño ya tiene habilidad para tomar la cuchara con toda la mano y llevarla a la boca por períodos cortos y en forma torpe, y ante

la dificultad de colocar el alimento en la cuchara, utilizará la otra mano para empujar la comida y dejará caer mucho alimento al voltear la cuchara sobre su boca en su esfuerzo por vaciarla. Tenga precaución:

- Controle la temperatura del alimento para evitar quemaduras.
- Controle el tipo de cuchara implementada y guíe la tarea.
- Controle la postura en la silla para evitar caídas.
- Aleje del alcance del niño todo tipo de objeto cortante o punzante para evitar herida por cortadura.
- Controle que la silla de alimentación tenga una base estable con el fin de evitar caídas.

Es importante considerar que la silla debe estar apoyada en el suelo y no sobre una altura adicional (mesa). Un mínimo movimiento del niño puede hacer que la silla se deslice (21), evite los traumatismos de cráneo o politraumatismos por caída.

De acuerdo a Finnie, a los dos años ya es experto y casi siempre insiste en alimentarse por sí solo, Precaución:

- Seguimiento de un adulto.
- Controle la postura en la silla, cuídalo de las caídas.
- Que no cambie de posición en la silla, evite que se arrodele o se pare sobre la misma, evite caídas.
- Entrénelo en situaciones de evitar cortarse, caerse, quemarse, durante los distintos pasos de la alimentación.

Alrededor de los cuatro a cinco años, cuando corta, ofrézcale utensilios de aprendizaje y no los de adulto.

Que la alimentación sea un momento de relación entre el niño y la mamá, él y los demás integrantes familiares, intégrele durante la hora de alimentación familiar por tres motivos, uno es mantener y desarrollar vínculos y el otro para evitar un accidente si lo deja alejado de la familia, y enseñar hábitos que prevengan futuros accidentes.

Tarea de Bañado:

Como afirma Finnie, para la mamá el baño de su hijo es una rutina diaria, pero para el niño es una gran oportunidad de juego y de placer, por ello una recomendación importante, para que la hora del baño continúe siendo agradable para el infante, evite un accidente como asfixia, no lo deje solo durante esta tarea, ni a cargo de hermanos de corta edad, prevenga una muerte o enfermedad discapacitante por distraerse un segundo.

Niños de 0 a 3 años:

Recomendaciones:

- Pruebe y controle el agua antes de incorporar al niño a la bañera, fuentón o balde, evite la quemadura.
- Asegurar la posición del niño cuando aún pierde equilibrio en posición sentado (aro con ventosa) si lo baña en bañera de adultos.
- Desagote la bañera y antes de sacarlo coloque una toalla para evitar que se resbale con su consecuente caída.
- Si usted le da juguetes, que es importante para estimular la hora del baño, evite que los mismos sean cortantes o punzantes, prevenga lesión cortante, o que contengan pintura tóxica para evitar intoxicación.
- De acuerdo a Finnie, el mejor tipo de bañera para bebés es la que está a la altura conveniente para usted, dado que una mala posición de la madre lleva a una situación de riesgo para el niño, dado que la misma puede tropezarse, perder el equilibrio y provocar una caída al suelo del niño.
- Para que el niño se sienta segura, evite que el mismo descansa sobre una superficie resbalosa, puede colocar en el fondo de la bañera un tapete de baño suave que adhiera a la misma, para dos años.
- No deje solo al niño en la bañera.
- Esconda todo material peligroso para el niño, como objetos cortantes y punzantes, tinturas para el cabello, detergentes, lavandinas, etc., colóquelo en un armario y ciérrelo con llave, sobre todo para el niño que está transcurriendo la etapa de deambulación.
- Evite que las instalaciones eléctricas (enchufes, interruptores, estufas eléctricas) se hallen al alcance del niño en el cuarto de baño, prevenga una electrocución.

Niños de 3 a 5 años:

De acuerdo a Finnie, cuando se baña a un niño necesita mantener el equilibrio, cuando levanta las piernas para lavarse los pies y realizar distintos movimientos con hombro para lavarse la espalda, el niño entre 3 y 5 años no tiene el control de todo el equilibrio. Por ello es aconsejable:

- No dejar al niño, evite caídas y asfixias, realice un seguimiento con una asistencia durante esta tarea.
- Si lo baña en la bañera de adulto, brindarle una barra colocada en la pared, para que el pequeño se tome de la misma y así evite caídas y asfixias.
- Coloque una alfombra antideslizante dentro y fuera de la bañera, evite caídas.
- No permita juegos motores bruscos tales como saltar dentro de la bañera, evite caídas.
- No llene demasiado la bañera de agua, evite asfixia.
- Tenga cuidado con los grifos, aléjelo de los mismos si la bañera es grande, y en caso de usarlo para diferenciar la temperatura del agua, realice una supervisión, evite caídas, golpes y cortadura.
- Evite que la electricidad este al alcance del niño.
- Coloque medicamentos en botiquín, evite intoxicación.

- Aleje cualquier producto tóxico como venenos, insecticida, tinturas, agua oxigenada, coloque en un armario cerrado con llave, evite intoxicación.

Como describe Finnie, el bañado es un momento adecuado para jugar, y jugar es una manera de aprender, a la edad de 3 y 5 años usted puede enseñarle al niño cuales son los riesgos más comunes en el baño y que puede desencadenar un accidente y entrenarlo en desarrollar la capacidad de autoprotección, conociendo estos riesgos y eliminándolos.

Tarea de Higiene Mínima:

El niño a los tres años presenta conductas imitativas, todo lo que ve quiere ponerlo en práctica, y puede intentar lavarse las manos y cara imitando al adulto, y por afán de verse en el espejo puede colocar una silla y provocar una caída accidental o una cortadura con el espejo, y aumentando este riesgo si usted lo deja solo, realice un seguimiento de las tareas.

- Evite que juegue con la cadena, cuerda del tapón del lavatorio, prevenga la estrangulación accidental.

- Vigile si el niño juega con la temperatura del agua, evite quemaduras.

- No deje al alcance de los niños productos tóxicos, guárdelo en armarios cerrados con llave.

- No deje tijeras grandes, navaja, máquinas de afeitar y cualquier objeto cortante, prevenga las lesiones por heridas cortantes.

Como describe Finnie para aprender a lavarse y secarse las manos y la cara empiece sentándolo frente a una palangana de agua colocada sobre una mesa o lavamanos, siempre que el lavatorio no sea demasiado alto. Recordar que para que el niño sea independiente, necesita ser capaz de poner el tapón del lavatorio, abrir y cerrar los grifos, tomar el jabón y ejecutar momentos coordinado para frotar el jabón sobre las manos o cara, enjuagar o secar sus manos, dejar la toalla en su lugar retirar el tapón y pasar la cadena sobre los grifos. Una recomendación: no exija a su niño a realizar todos los pasos arriba mencionados en forma independiente, cuando aún no está capacitado para desarrollarlos, evite un accidente, cada niño tiene su proceso de asimilación, de aprendizaje, entrénelo pero no lo apure.

Tarea del Dormir

La hora del sueño debe ser placentera, con momentos de relajación previos al dormir, con un juego suave, o la lectura de un cuento o una música infantil tranquila para que pueda concretarse esto, evitar transcurrir del placer a un accidente, es el adulto el que debe brindarle al niño un entorno seguro, las recomendaciones apuntan:

- Cuando el niño es bebé y usa cuna, ésta debe ser estable y segura. Los barrotes deben tener distancia no mayor a 6,5 cm entre uno y otro, para evitar que pase la cabeza y quede atrapado. Los costados de la misma deben tener por lo menos 60 cm de alto, el fondo debe ser de una sola pieza para evitar que el bebé pueda introducir los pies o las

manos, debe estar ubicada lejos de la ventana, y alejada de instalaciones eléctricas, de estufas a gas y de objetos cortantes(21).

- No permitir que duerman en cama cucheta, muchos de los politraumatismos y T.E.C. se desencadenaron por accidentes de caídas, evítelo.

- No lo deje solo durante el acto de acostarse, acompáñelo, prevenga un accidente.

- No permita que los hermanos de corta edad levanten o acuesten al bebé, prevenga un accidente.

- Cuando es muy bebé, no dejarlo en la cama del adulto sin protección, con almohada, o almohadones a los costados, evite una caída.

- Coloque dispositivos de seguridad en la habitación del niño, lo ideal sería en toda la casa, pero a veces no se puede por el factor económico, la pieza, es quizás, el lugar donde el niño para la mayor parte del tiempo dado que allí tiene todas sus pertenencias, juguetes, ropa, etc., coloque interruptores en la habitación del niño, se colocan encima de los enchufes y su función es anular la corriente cuando hay un cortocircuito (27), evite una muerte o lesión por electrocución, dele seguridad a su hijo.

- Evitar que las lámparas estén al alcance del niño en su habitación, prevenga el accidente de electrocución.

- Al disponer distintos muebles en la habitación del niño no exponer los ángulos peligrosos (27), prevenir esquinas horizontales, evitar ángulos verticales, esquinas cortantes, peligrosísimas en caídas accidentales.

- No esconda los juguetes arriba del armario, evite que el niño al estar solo coloque una silla arriba de la cama e intente tomarlo, ya que puede desencadenar un accidente.

Tarea de Vestimenta:

Cuando el niño es bebé es usual que la mamá use el cambiador para sacar y colocar un pañal, la ropa, etc., es necesario insistir en el cuidado especial que debe tener la persona que está cambiando al bebé. Este es un proceso rutinario en el que se suele perder de vista los riesgos que implica el no llevar a cabo todas las reglas. Es necesario anticiparse al movimiento que puede desplegar un bebé y en caso particular del cambio de pañales tener en cuenta:

- El cambiador debe tener un tamaño necesariamente amplio para evitar riesgo de caídas accidental si el niño cambia de posición independientemente (21), como rolar de supino a prono, etc..

- No deje solo al niño, coloque los elementos que va a usar cerca.

- Evite el uso de cambiadores que son portátiles y que tienen patas en tijera que son inestables, y de estructura muy pequeños.

- Evite que lo cambie un hermano pequeño.

De acuerdo a Finnie, a los 12 meses el niño comienza a colaborar con la vestimenta, alargando sus piernitas para que se le ponga el zapato o un brazo para pasar una manga, durante esta tarea evite dejarlo solo aunque sea por unos segundos, puede caerse de la superficie donde esté acostado o sentado (cama, silla, etc.). tenga cuidado con los lazos y cuerdas, en un descuido puede desencadenar en un accidente por estrangulación.

Finnie describe que cerca de los 18 meses, sentado independientemente logra quitarse los zapatos, calcetines y gorro, se recomienda tener precaución y no dejarlo solo,

realizar un seguimiento de la tarea, dado que por la falta de madurez motora puede desencadenar una caída accidental, evítelo. También afirma, que entre los 18 meses y dos años, la cooperación del niño va aumentando y ya cerca de los dos años empezará a ayudar a desvestirse, en esta etapa además de evitar dejarlo solo, prevenga que el niño juegue con lazos, cordones de zapatillas, puede ocasionar una estrangulación accidental, como también una caída accidental al desvestirse. Primero, empieza a quitarse la ropa y después gradualmente, a medida que los movimientos de las manos son más coordinados, empieza a ser capaz de ponérsela. Entre los cuatro y cinco años, ya puede vestirse y desvestirse independientemente, excepto por lo que se refiere a botones, cintas o broches. Durante toda la etapa de entrenamiento del vestirse y desvestirse y el aprendizaje de dicha tarea se recomienda:

- Bindarle un lugar seguro, una silla adecuada y estable para prevenir el accidente.
- Enseñarle el riesgo de jugar con cordones, cintas, lazos.
- Evitar que realice dicha actividad en lugares altos como cucheta, mesa, etc., evite las caídas accidentales.
- Deje la ropa al alcance del niño, no la coloque en el estante más alto del armario, puede usar un auxiliar como una silla en el suelo o encima de la cama, para intentar alcanzarla y provocar una caída accidental.
- No deje medicamentos o productos tóxicos en la habitación del niño, ni en lugares donde el mismo alcance, evite intoxicaciones.
- Evitar que el niño juegue con perchas, puede que el gancho de la misma provoque una herida en la piel.
- Entrénelo en vestimenta, enseñando también los riesgos que pueden provocar un accidente.
- Si usted tiene ropa en bolsa tenga cuidado con que el niño juegue con la misma, puede provocar, en un descuido, una asfixia por sofocación al intentar colocarla como capucha.
- En lo posible evite colocar prendas de nylon o inflamables, que ante un incendio, tome inmediatamente las prendas.

Como afirma Finnie, se necesita coordinación y habilidad manipulativa para usar sus manos para vestirse, entrénelo en forma consciente al niño para vestirse, disminuyendo y eliminando al máximo todo posible riesgo.

Tareas de Funciones de Eliminación

Como afirma Finnie, en el niño recién nacido no está capacitado para el control de esfínteres. El niño normal, antes de cumplir el año, no suele asociar la pelela con sus funciones eliminatorias. A esta edad empieza a tener alguna idea de porqué se sienta en la pelela y comienza a indicar sus necesidades con algún gesto. Gradualmente empieza a hablar y aprender a pedir la pelela. Cuando empieza a deambular, pone tanta atención en lo que está haciendo que a menudo no avisa a tiempo acerca de sus necesidades, poco a poco va mejorando y alcanza, cerca de los dos años, dominar hasta ir al baño.

Recomendaciones durante el adiestramiento de las funciones eliminatorias:

- Bríndele una pelela o inodoro portátil seguro y estable, si es posible adhiéralo al piso, evite que se encuentre alto, recuerde que el equilibrio todavía no maduró lo suficiente y puede desencadenar en una caída accidental.

- No lo deje solo, realice una supervisión durante la tarea.

- Se puede colocar una barra adherida a la pared al lado de la pelela.

- Si la pelela no se halla adherida al piso, evite que el mismo no esté mojado, evite una caída.

- Colocar la pelela alejada de enchufes y de cualquier instalación eléctrica, evite una electrocución.

- Aleje todo producto tóxico, como lavandinas, insecticidas, etc., evite una intoxicación con los mismos.

Una vez adquirido el control de esfínteres, continúe con un seguimiento, ver como se sienta en el inodoro de adulto, evite caídas, aunque sea independiente aún vigílelo, evitará un accidente.

Concientíselo en situaciones de riesgo y enséñele como evitarlas.

Tarea de Cargar al niño:

Finnie afirma que el niño normal a los 5 meses, cuando lo levantamos en nuestro brazos, inmediatamente se anticipa a nuestra intención levantando su cabeza y tendiéndonos sus brazos, a menudo pataleando de emoción, este es un momento que forma parte de lo vincular, de lo afectivo con los seres familiares que reconoce y quiere, puede transformarse en un riesgo para el niño si no lo tomamos en forma segura, evitar que lo levante un hermano pequeño, y así tener control sobre de dicha situación de potencial peligro, de esta manera evitaría caídas accidentales.

Es importante, si decidimos cargar al niño, además de brindar seguridad con nuestro cuerpo, es necesario que no hagamos dos actividades a la vez, con el niño en brazos, por ejemplo, pretender cocinar con el niño en brazos, lo expondría a posibles quemaduras, caídas y otros accidentes, en su lugar colocarlo en un corralito o lugar más seguro.

Si jugamos con el niño realizando movimientos de elevación y descenso, tener mucha precaución, puede sufrir una caída accidental, evítelo, usted tiene muchas formas de jugar con el niño, en colchonetas, sobre frazadas, éstos son lugares más seguros.

En caso de utilizar portabebés se aconseja prestar atención cuando coloca al niño en el mismo, asegúrese que los arnés estén seguros, bien abrochados y sin desgaste, impida una caída accidental. Finnie, destaca para que el niño sea capaz de sentarse en el portabebés debe tener buen control de su cabeza y habilidad de ajustarse a cambios repentinos de movimiento sin lo cual podría resbalar de un lado a otro y le sería dificultoso enderezarse, además de ser riesgoso para el pequeño, no utilice portabebés si el pequeño no está motrizmente preparado.

El corralito es un lugar bastante seguro para ser utilizado mientras usted realiza la tarea del hogar, debería ser lo suficientemente grande como para que el bebé pueda moverse tranquilo, sería recomendable colocarlo a partir de los seis meses, dado que ya tiene la capacidad de sentarse con apoyo de miembros superiores, antes de esta edad sería un riesgo para el pequeño. Evitar que sea de barrotes de madera, y si lo son, considerar las medidas de separación entre los mismos como los de la cuna. Lo mas recomendables son

los corralitos de telas tejidas, teniendo la precaución de que esta no se encuentre desgastada o ropa en algún sector de la misma, evite caídas.

Actividad Lúdica: El juego y la prevención

El juego puede ser utilizado dentro de dos contextos:

- **Terapéutico:** en el que se aborda para favorecer movimientos coordinados, tono muscular, fuerza, coordinación motora (gruesa y fina), como también canalizar angustias, emociones, tensiones, situaciones conflictivas.
- **Preventivo:** referido a las distintas acciones durante el momento del juego destinado a evitar accidentes y sus consecuentes lesiones o muerte.

A través del contexto educativo-informativo y preventivo, se analizará en forma detallada el juego. El niño se comunica tanto como el adulto pero debido a su momento evolutivo lo hace preferentemente a través del juego (32), este debe ser tomado como un instrumento fundamental para trabajar la concientización de situaciones riesgosas y la capacidad de autoprotección para evitar el accidente durante el mismo.

El juego figura entre los derechos internacionales del niño, junto con la nutrición, la salud, la protección y la educación (Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959) (23).

Cuando nace el bebé, necesita adaptarse a un mundo nuevo, al cual deberá conocer y comprender. Sus capacidades perceptivas van forjando una noción de ese mundo, pero su incapacidad motriz limita su posibilidad de exploración. Muchos de sus intentos de explorar se hallarán en la base de su futura actividad de juego (34). Por ello en todo este proceso previo. También hay que brindarle seguridad al niño disminuyendo todos los riesgos potenciales tanto del ambiente físico, como de los objetos (juguetes) y lo familiar.

El juego es para el niño un quehacer fundamental, por medio del mismo, él crea, investiga, descubre, soluciona problemas, imita a los adultos, aprende, evoluciona al mundo que lo rodea (23), el crear, solucionar situaciones conflictivas, imitar, son conductas que ayudan a tener la habilidad para protegerse ante situaciones de riesgos, prevenga un accidente, enséñele a su hijo como cuidarse.

Los niños reciben estímulos del medio, son estímulos los elementos que se encuentran en el ambiente de desarrollo del pequeño, así lo son todos aquellos que participan de la situación de juego, aún el ambiente donde la criatura se desenvuelve con comodidad cuando es cálido y alegre (33), por ello tiene que aplicarse el estímulo brindando un entorno seguro sin barreras físicas que interfieran durante este momento, eliminando objetos-juguetes peligrosos y ofreciendo por parte del adulto un seguimiento durante este período, evite un accidente como una caída, cortadura, quemadura, supervise a su hijo.

Como describe Finnie, el niño aprende especialmente jugando, uno de los primeros pasos en este proceso de aprendizaje es que el esté consciente de sí mismo. En cuanto adquiera esta conciencia, el niño está listo para explorar y aprender acerca de los demás en relación con él (31), acerca de él y del medio que lo rodea, cuando su campo de conocimiento se amplíe, el niño relacionará lo que ha aprendido con sus juguetes, este es un buen momento para comenzar a enseñarle situaciones de riesgos, lugares físicos peligrosos y eso de juguetes inapropiados por su diseño y entrenarlo en formas de protección (no acercarse al balcón, no tocar enchufes, no jugar con tijeras, no jugar en

escaleras, etc.) con el fin de evitar todo tipo de accidentes, desde caídas, quemaduras, lesiones por herida, evite un accidente.

Dentro de este contexto preventivo, se le debe brindar al niño durante el momento de juego dos tipos de seguridad:

- *Seguridad Directa:* Conseguida mediante la elección de objetos o juguetes adecuados, con diseños que no sean nocivos [ara el niño y también a través del seguimiento-supervisión por parte del adulto.

- *Seguridad Indirecta:* Esta se consigue mediante la adopción de medidas preventivas hacia el entorno físico, con eliminación de barreras físicas.

Cómo prevenir el accidente mientras el niño juega:

- A través de implementación de seguridad directa:

1. Eliminación de juguetes peligrosos.
2. Brindar juguetes apropiados.
3. Control del adulto durante el juego.

- Por medio de seguridad indirecta:

1. Ofrecer un ambiente sin barreras físicas para el juego
2. También se obtiene una seguridad indirecta cuando el adulto tiene en cuenta el juguete apropiado de acuerdo a la edad del niño, no exponga al pequeño en una situación de riesgo al ofrecer un juguete cuando aún, por edad madurativa no se encuentra preparado.

Si la prevención es administrada en un jardín entre tres y cinco años puede implementarse un juego donde el niño además de cortar las situaciones de riesgo, puede dramatizar a través de juegos con muñecas, títeres, y se brinda cuales son las medidas de autoprotección.

A continuación se presentan algunas sugerencias de tipos de juguetes teniendo en cuenta la edad al niño.

Cuadro de Sugerencias de Juguetes según Edad:

Edad	Juguete Riesgoso	Juguete Apropriado
MENORES DE UN AÑO	• Juguete pequeño. • Juguetes con puntas y extremos filosos. • Juguetes con pintura tóxica. • Juguetes de materiales duros, maderas, plásticos duros. • Juguetes con alambres internos, que con el uso pueden extraerse o salirse hacia afuera. • Dejarlo solo o con escaso control en piletas de patio. • Juguetes mecánicos para cunas o carritos. • Evitar colgar lazos, cuerdas para que el niño juegue. • Juguete musical casero, diseñado con chapitas de bebidas.	• Juguete de tamaño mediano o grande. • Sonajero liviano, fácil de sostener, inoloro, sin perfumes ni pinturas tóxicas, forma redondeada, de color preciso y tamaño mediano. • Juguetes con sonidos, de plástico liviano. • Juguete con goma espuma revestido en material plástico para evitar que esté mojado durante la dentición. • Caja mediana o de distintos tamaños, para que introduzca una encima de otra. • Uso de pelota de playa grande. • Uso de oso de felta. • Juguete grande • Juguete mecánico que tenga medidas de seguridad tales como: los juegos no deben tener cuerdas mayor de 22 cm., y las bandas elásticas adherida a una base plana, y evitar que las mismas tengan un largo menor de 75 cm. • Móviles caseros seguros, sin lazos ni cuerdas. • Juguetes para succión de material blando. • Campanilla, globos. • Pelota de goma espuma mediana. • Cubos de goma espuma. • Colocar protección al espejo y el juego con espejo bajo la supervisión de un adulto.
DE 1 A 3 AÑOS	• Juguetes de material de vidrio, o plástico duro, puntiagudo y/o con esquina cortantes. • Juguetes con pinturas tóxicas. • Juguetes de material inflamable. • Juguetes con diseños internos de alambres. • Muñecos con ojos de cristal.	• Muñecos de trapo. • Coches de material sin bordes cortantes y de tamaño mediano. • Objetos de la vida cotidiana como taza, vaso, cuchara, y plato de material plástico para que juegue y desarrolle su hábito alimenticio.

Edad	Juguete Riesgoso	Juguete Apropiado
DE 1 A 3 AÑOS	• Juguetes pequeños. • Juguetes de diseño casero, con uso de bolsas plásticas, o caja para usar como careta. • Juego sólo con cuerdas y lazos. • Juego en pileta de jardín, solo o con escaso control. • Uso de marcadores, lápices tóxicos. • Juguetes eléctricos. • Todo tipo de juego con fuego (encendedores, fósforos, etc.).	• Juguetes con carrito, coche de tirar y empujar, solamente indicado ante la presencia de un adulto. • Jugar en pileta de jardín, junto a un adulto. • Lápices gruesas y grandes. • Hojas grandes para garabatear. • Oso de peluche o cualquier muñeco o animal del mismo material. • Juguetes de ensamble. • Pirámides de anillo. • Ladrillitos de plástico. • Bloques adaptados a orificios. • Caja de música. • Juguetes de playa de material de plástico.
DE 3 A 5 AÑOS	• Juguetes de material de plástico duro, o con pintura tóxica, inflamable, con alambres internos o que sean cortantes y/o punzantes. • Juguetes de quehaceres doméstico de pinturas tóxicas, o bordes cortantes, de vidrio o los usados por el adulto. • Juguetes de vidrio, cerámica, que pueden romperse o astillarse. • Uso de tijera de adulto para juegos pre-didácticos. • Uso de herramientas para adultos. • Uso de maderas astilladas. • Juguetes eléctrico. • Juguetes de tiro al blanco con dardos. • Juguetes de pedal mal equilibrado (coche, triciclo). • Evitar bolsas para disfraz, colocada como capucha. • Pistolas de cebitas. • Todo tipo de juegos de fuego (encendedor, fósforos, etc.). • Todo tipo de juguete que por su diseño puedan quedar las falanges atrapados.	• Plastilina (no tóxica). • Rompecabezas sencillos de pocas piezas. • Títeres. • Herramientas de jardinería de plástico y supervisado. • Juguetes de quehacer doméstico, donde el niño imita distintas acciones con escobas para barrer, distintos utensilios y todo elemento que hace a dichas funciones con la seguridad que sea de plástico. • Coche pedal de material inoxidable. • Juego de bolos. • Juegos con distintos animalitos de granja. • Dominó con figuras. • Juguete de encaje. • Muñecos de trapo. • Plastilina, arcilla, témperas, de material no tóxico. • Juegos de disfraz. • Juego de herramientas simples y diseñados para niños. • Pizarra y tiza. • Juegos con pelota de cualquier tamaño. • Trenes no eléctricos. • Coches, camiones, barcos. •

Edad	Juguete Riesgoso	Juguete Apropiado
DE 3 A 5 AÑOS	• Durante el juego de carpintería, evitar el uso de herramientas para adulto.	• Triciclo balanceado. • Soldados, aviones. • Helicópteros con partes blandas y redondeadas y hélice fija. • Juego de carpintería, supervisado por un adulto.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) O.P.S. Crecimiento y desarrollo. Hechos y Tendencias.
"Accidentes en la infancia, sugerencias para su control". Pérez Anzola, Elías. Publicación científica N° 510. Edit. Cusminky Marcos, Moreno Elisa M. y otros. 1986. Pág.: 477, 478.
- 2) Revista Rol de enfermería. "Accidentes infantiles en el hogar". Suárez Menéndez Elvira, Sanches San Andrés Victoria. Revista N°183. Centro de Salud de Natahoyo, Gijón (Asturias), Pág. 27. Noviembre 1993.
- 3) O.P.S. Manual de crecimiento y desarrollo del niño.
"Accidentes y crecimiento". Serie Paltex N°8. Dr. Cusminsky Marcos, Lejárraga Horacio y otros. Año 1986. Pág.133, 134, 135.
- 4) Moreno Jorge. Pediatría. Cap. 125. "Prevención de Accidentes y lesiones". Autor del cap. Rebagliati C. Juan. Tomo II, Edit. Atlanta Argentina SRL. Reimpresión. 1991. Argentina. Pág.1108, 1107.
- 5) Revista del Hospital de Niños de Bs. As "Propuestas Educativas para la prevención primaria de accidentes". Santillán Carlos; Varela Beccar, Carlos y otros. Vol XXX, N°128. Junio 1988. pag. 126.
- 6) O.P.S. Prevención de accidentes y lesiones Cap. 3 "Factores de riesgo, accidente en el hogar". Serie Paltex N°29. Año 1993. Pág. 99, 251 y 253.
- 7) Ministerio de Asuntos Sociales. Documento 14/90. Discapacidad e Información. Cap. Concepciones, paradigmas y evolución de las Mentalidades sobre la Discapacidad. Punto N°4 "Un intento de Síntesis". Puig de la Bellacasa, Ramón. Pág. 87- 88. Cap. En busca de una sistematización para la Discapacidad. Punto 3 y 4. Casado Demetrio. Pág. 113 y 118. Imprime Artegraf. 2° Edición. Año 1990.
- 8) Moreno Jorge. Pediatría. Cap. 123 "Toxicología". Gimenez Estela R., Guerra María B. y otros. Tomo II. Atlanta Argentina SRL. Primera reimpresión. 1991. Argentina. Paga 1061, 1062, 1063, 1064, 1070, 1076, 1087, 1094, 1095.
- 9) Normas de atención pediátrica. Cap. XVII. "Intoxicaciones", Pujol Aguilo Carmen, Solar Eugenia Emparanza. Edit. Adres Bello. Impreso en Chile. 1982. Pág.. 463.
- 10) Merino Patri, Alfredo. Salud Escolar. Cap. 5: "Enfoque integral de la atención de la Salud del Niño. Seguridad contra accidentes". Edit. Andrés Bello. Primera Edición. Impreso en Chile. 1979. Pág. 129,130,131,132.
- 11) Revista del Hospital del niño. "Es un ascensor peligroso para un niño". Fiorentino Jorge A., Vizcaíno y otros. Vol. XXVI N°114, Junio 1985, Pág. 94.
- 12) Revista del Hospital de Niños de Bs. As. "Prevención de accidentes del segundo año al cuarto año". Art. Documento para información. Vol XXII N°122, Marzo 1987, Pág. 71
- 13) Emergencia pediátrica II S.A.P. Sociedad Argentina de Pediatría. Filial Alto Valle de Río Negro y Neuquén. Coordinador Dr. Allende E., "Asfíxia de Inmersión". Imprenta universitaria. Julio 1992, Neuquén. Pág. 133.
- 14) Moreno Jorge. Pediatría. Cap. 124. "Quemaduras". Maiztegui A. Miguel, Guzzetti Roberto y otros. Tomo II, Edit. Atlanta Argentina. Primera reimpresión 1991, Pág. 1101,1102,1103.
- 15) Revista del Hospital de niños "Quemaduras eléctricas". Marino Héctor y Depalma Donato. Vol. XXII N°90. Agosto 1980, Pág. 165.

- 16) Revista del Hospital de niños "Tratamiento de las quemaduras en los niños". Fontana Carlos G. Astolfo y otros. Vol. XXIII N°95. Editores Mario G. Roccatagliata y otros. Agosto 1981. Bs. As, Argentina. Pág. 155.
- 17) Ministerio de Salud Pública y medio ambiente "Quemaduras". Normas de urgencia. Aprobado CO.FE.SA. Ushuaia, 1983, Argentina, Pág. 6.
- 18) Revista del Hospital de niños de Bs. As "En relación con los accidentes de la infancia". Vol. XXX, N°128, Editorial Freire Carlos Al. Junio 1988, Pág. 69.
- 19) Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Foro Mundial de la Salud. "Las lesiones infantiles son evitable". Grigorovic, Ljudmila. Vol.9 N°4, Ginebra 1988. Pág. 609.
- 20) Epidemiología de los accidentes en menores de 14 años en la Provincia de Neuquén. Universidad Nacional del Comahue, Instituto Universitario de Cs de la Salud. Investigadores: dra Isabel Alvarez, Dra Eva Lupianez, y otros. Directora Dra. Celia Destefano. "Enfoque Preventivo". Febrero 1991. Neuquén capital.
- 21) PRONAP. Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Módulo N° 2. "Prevención de los accidentes en la infancia". Dra. Alicia Gershanik. Editorial Estudio Witches. Bs. As. 1996. Pagina 11, 25, 26.
- 22) CRECER. Esa apasionante aventura. Una pequeña guía para Padres: Supervisión científica. Sociedad Argentina de pediatría. Responsable UNICEF Argentina, Cap. 3 "El Lactante". "Los accidentes en el primer año de vida". Dr. Ricardo Sergio Dalamon Pág. 80, 81, 86. Impreso en República Argentina por Color Press S.R.L. Capital Federal. Sin fecha.
- 23) ATENCION AMBULATORIA DEL NIÑO. Contenidos pediátricos. Departamento maternal e infancia. "Prevención de Accidentes" Dra. Isabel T. Alvarez, Dra. Celia Destefano y otros. Pág. 102, Módulo II. Junio 1990. Impresión: Talleres gráficos del MSP. Neuquén Capital. Cap. 5 "Juego", pág. 92.
- 24) Monografía. "Prevención de accidentes". Blando María Laura y otros, pág. 11, 12. Año 1996.
- 25) Micros de prevención para ser emitidos por emisoras radiales. Que sigas bien. Mensaje de Cadis y fundación D.L.NAPP con un Consejo de Fundación MAPFRE. "Accidentes en el Hogar", Lado A y B. Sin fecha.
- 26) MANEJO PEDIATRICO DEL TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO LEVE, MODERADO Y GRAVE S.A.P. Cap. 1: "Traumatismo encéfalo craneano en el recién nacido, el lactante y el niño mayor", Pág. 2.
 Cap. 2: Etiología, Pág. 4.
 Cap. 4: Fisiopatología del traumatismo encéfalo craneano, Pág. 21-22.
 Dr. Neurocirujano Carlos Alberto Casullo. Universidad Nacional del Comahue. Secretaría de extensión Universitaria. Diciembre 1991.
- 27) Enciclopedia de Salud Infantil: Tu Hijo. Editorial Lord-Corchrane Chile y distribuido en Argentina por Editorial Edimer S.A., a través del Diario La Mañana del Sur, de Neuquén, 1995. Cap.: "La seguridad en la casa". Pág. 85,86.
- 28) Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Programas de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación y promoción de la persona con discapacidad. Boletín N°9. "Accidentes e intoxicaciones infantiles domésticas". Oscar García. Julio 1997, Pág. 30.
- 29) Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica. "Terapia Ocupacional: Teoría, Sobre la Ocupación Humana y ética profesional". "Liliana Sbriller". Pág. 10. Ediciones Ricardo Vergara. 2° Edición: Septiembre 1991. Impreso Argentina. Bs. As.

- 30) Terapia Ocupacional. El camino del hacer. Cap.: Generalidades "Qué es Terapia Ocupacional", María Inés Lanfachi. Pág. 203 VIP Ediciones 1991 C.O.L.T.O.. Impreso en Argentina.
- 31) Atención en el Hogar del niño con Parálisis General. Nancie R. Finnie, F.C.S.P. 1976. Impreso en talleres de Gráficos de Editorial Fournier, S.A. México.
- Cap. 7: Baño, Pág. 83, 85.
- Cap. 8: Vestido, Pág. 92, 97, 98.
- Cap. 9: Alimentación, Pág. 114, 115, 125, 126.
- Cap. 12: Cómo Cargar al niño, Pág. 142, 147.
- Cap. 17: Juego, Pág. 228.
- 32) Revista Actualidad Psicológica. Cap. 5: "Acerca de los materiales del juego en el análisis de niños". Dr. José A. Valeros, Dr. Juan C. Bricht N° 15. Editores: Amorrorto. Capital Federal. 1988. Pág. 97.
- 33) Estimulación Temprana. Hacia la Humanización. Cap. 4: "Evolución y naturaleza del juego (jugar)". María Viviana Torres de Di Giano. Primera Edición 1992. Actilibro S.A.. Impreso en Brasil. Pág. 114.
- 34) El niño y sus Juegos. Arminda Aberastury. "Cuando el bebé nace". Editorial Paidós. Bs. As. 12^{da} reimpresión, 1991. Impreso en Argentina. Pág. 17.
- 35) Clasificación Internacional de Enfermedades. Manual de Clasificación estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Volumen 1. Lista de Categoría de tres dígitos. Cap. XVII: Traumatismos y envenenamientos, Pág. 503 a 583, Cap.: Clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos y envenenamiento, Pág. 590 a 678. Publicación científica N° 353. O.P.S., O.M.S., Washington. Año 1978.
- 36) Metodología de la Investigación. Dr. Jacobo Sabulsky. Unidad 4: "El Marco Teórico", Pág. 32 a 37. Unidad 8: "Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos, Pág. 108, 109. Unidad 9: "Plan de Tratamiento de los Datos", Pág. 122 a 126. Año 1993. Editorial Kopyfac. Perú.
- 37) Investigación científica en ciencias de la Salud. A. Polit-B Hungler. Parte V: "Análisis de los Datos de Investigación", Análisis cuantitativo: estadísticas descriptivas, Pág. 409 a 414. 4° Edición, Editorial Interamericana. 1994. México.
- 38) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. "Accidentes en el Hogar en niños menores de cinco años de Trujillo, Perú. Adriana Minchola de Pérez. Noviembre 1984, Pág. 415.

HOJA DE ANEXOS

MODELO DE PLANILLAS

- Identificación y Diagnóstico.
- Anamnesis Básica.
- Certificado de defunción
- Registro de Trauma Pediátrico (del Hospital Italiano).
- Registro de Trauma Pediátrico Fase 2.
- Hoja de Registro (de elaboración propia).
- Test de Seguridad en el Hogar.

H. C. No.

180

[illegible]

F. 292

ANAMNESIS BASICA

Nombre y Apellido _____

Fecha Nacimiento _____

Domicilio _____

Antecedentes de embarazo y parto _____

Embarazo: duración: _____

Salud y dieta materna: _____

Grupo y Rh: _____

Serología _____

Parto. Duración _____

Características: _____

Maniobras Obstétricas: _____

Lugar y atención: _____

Período neonatal. Peso _____

Llanto: _____

Cianosis: _____

Ictericia: _____

Convulsiones: _____

Hemorragias: _____

Eliminación de meconio _____

Trastornos de la regulación térmica _____

Antecedentes de alimentación: _____

Pecho: exclusivo ó no _____

Duración de la alimentación materna _____

Problemas: _____

Biberón: edad de comienzo _____

Tipo de leche _____

Preparación _____

Cantidad y número de raciones _____

Papillas y sólidos: comienzo _____

Tipo y cantidad: variados carne _____

verduras _____

frutas _____

huevo _____

hortalizas _____

queso _____

Vitaminas y minerales: Vitamina D (preparados) _____

Toma sol _____

Vitamina C (preparados) _____

Cítricos _____

Hierro _____

Evolución de peso y talla.

3 meses _____

6 meses _____

9 meses _____

12 meses _____

Otros controles _____

Dentición _____

Maduración psicomotora.

Sonrisa Social _____

Cabeza erecta _____

Sentado _____

Parado _____

Palabras _____

Frases _____

Lenguaje _____

Control de esfínteres.

Rectal _____

Vesical _____

Nocturno _____

Diurno _____

Medicaciones recientes _____

Hospitalizaciones previas _____

Informante _____ Valoración _____

Historia Clínica efectuada por el Dr. _____

Estado Actual:

Peso real: _____ Peso teórico: _____

Talla real: _____ Talla teórica: _____

C. cefálica real: _____ C. C. teórica: _____

Piel: _____

Tejido celular _____

Masas musculares _____

S. Ganglionar _____

S. Osteoarticular _____

Cabeza: Ojos _____

Nariz _____

Boca _____

Pabellones auriculares _____

Cuello: _____

Tórax _____

Aparato respiratorio _____

Aparato circulatorio _____

Abdomen _____

Genitourinario _____

Sistema Nervioso _____

RESUMEN Y COMENTARIO

Impresión diagnóstica:

Diagnóstico diferencial:

Plan de estudios:

Tratamiento:

CERTIFICADO DE DEFUNCION

F. 95

Registrado bajo acto N°.

Sec.

Tomo

Año

Certifico que

(nombre y apellido del fallecido)

de sexo

documento de
identidad N°.

Donde nació en Provincia

Localidad

calle

N°

ha fallecido en

Localidad

calle

N°

(su domicilio) ☐ establecimiento asistencial ☐ otro ☐

el día mes año

a las

horas, a causa de

al paciente

☐ recuperación aludadora y rule de los de terceros

☐ practicado lo

Dejo constancia que los datos referidos los obtuve por haber atendido

pericia legal ☐

Lugar y fecha

de

de 19

DATOS DEL
PROFESIONAL

Nombre y apellido

Domicilio profesional: localidad

calle

N°

Teléfono

Matrícula profesional N°

Firma del Médico

① Departamento o partido

② Delegación o Registro Civil

③ TOMO FOLIO ACTA

④ APELLIDO Y NOMBRES

⑤ FECHA DE
INSCRIPCION DIA MES AÑO

⑥ LUGAR
DE LA
DEFUNCION

Provincia

Depto. o partido

Localidad

Calle y N°.

⑦ RESIDENCIA
HABITUAL

Provincia(Pais para quien resida en el extranjero).

Residia dentro de la loc. 1

Depto. o partido

Localidad

Residia fuera de la loc. 2

Se ignora 9

Calle y N°

⑧ FECHA
DE LA
DEFUNCION

DIA MES AÑO

⑨ FECHA
DE
NACIMIENTO

DIA MES AÑO

⑩ LUGAR DE NACIMIENTO

Provincia(Pais para extranjeros)

⑪ SEXO

⑫ EDAD

Masculino 1

Femenina 2

Años 1

Meses 2

Días 3

Horas 4

Se ignora 9

Más de

100 años 5

Se ignora 9

⑬ SITUACION CONYUGAL

Soltero 1

Casado 2

Viudo 3

Unión de hecho 6

Divorclado 4

Separado 5

Se ignora 9

⑭ INSTRUCCION

INCOMPLETA

COMPLETA

Analfabeto 1

Primaria 2

Secundaria 4

Superior o Universitaria 6

3

5

7

Se ignora 9

⑮ CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabaja 1

Desocupado que busca trabajo 2

Ama de casa 3

Menor a cargo 4

Estudiante 5

Jubilado 6

Desocupado que no busca trabajo incapacitado 7

8

Otros 9

Se ignora 0

⑯ PROFESION U OCUPACION HABITUAL.

Directores y funcionarios públicos superiores 1

Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados 2

Empleados administrativos 3

Comerciantes y vendedores 4

Trabajadores de los servicios 5

Trab.agricolas y forest,pescad, y cazad, 6

Obreros no agricolas, conductores de máquina y vehiculos de transporte 7

No bien especificada 8

Se ignora 9

⑰ CATEGORIA OCUPACIONAL

⑱ RAMA:

Cuenta propia 3

Patrón 1

Asalariado 2

Trab.fam.no remunerado 4

Se ignora 9

Agropec. 1

Mineria 2

Industria 3

Construcción 4

Elect.gas,agua 5

Comercio 6

Transporte, 7

Servicios 8

No bien esp. 9

Se ignora 0

PARA FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO

⑲ FILIACION

Matrimonial 1

Extramatrím. 2

Se ignora 9

⑳ PESO AL NACER

Grs

㉑ PESO AL MORIR

Grs

㉒ EL NIÑO NACIO DE UN PARTO:

Simple 1

Doble 2

Muple 3

del cual nacieron ☐ niños vivos

㉓ EDAD DE LA MADRE

años

㉔ CONTANDO ESTE LA MADRE HA TENIDO

EMBARAZOS. DE LOS CUALES

NACIERON VIVOS

NIÑOS. Y NACIERON MUERTOS O ABORTARON

㉕ SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE

Soltera 1

Casada 2

Viuda 3

Un de hecho 6

㉖ INSTRUCCION DE LA MADRE

Analfabeta 1

Primaria 2

Secundaria 4

Superior, o universitaria 6

INCOMPLETA

2

4

6

COMPLETA

3

5

7

Se ignora 9

㉗ DATOS CORRESPONDIENTES A

Padre 1

Madre 2

Pers. a cargo del menor 3

㉘ CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabaja 1

Desocupado que busca trabajo 2

Ama de casa 3

Menor a cargo 4

Estudiante 5

Jubilado 6

Desocupado que no busca trabajo 7

Incapacitado 8

Otros 9

Se ignora 0

㉙ PROFESION U OCUPACION HABITUAL.

Directores y funcionarios públicos superiores 1

Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados 2

Empleados administrativos 3

Comerciantes y vendedores 4

Trabajadores de los servicios 5

Trab.agricolas y forest,pescad, y cazad, 6

Obreros no agricolas, conductores de máquinas y vehiculos de transporte 7

No bien especificada 8

Se ignora 9

㉚ CATEGORIA OCUPACIONAL

Cuenta propia 3

Patrón 1

Asalariado 2

Trab.fam.no remunerado 4

Se ignora 9

㉛ RAMA:

Agropec. 1

Mineria 2

Industria 3

Construcción 4

Elect.gas,agua 5

Comercio 6

Transporte 7

Servicios 8

No bien esp. 9

Se ignora 0

RÉGISTRO DE TRAUMATISMO

IDENTIFICACION

REGISTRO #.....

Hospital.....
H.Clínica#.....

NOMBRE Y APELLIDO..... SEXO: M F

DIRECCION
T.E.....

TRAUMATISMO FECHA..... HORA.....

TIPO: penetrante romo inmersión otro.....

CIRCUNSTANCIA: accidente asalto deporte suicidio apaleado
otro.....

MECANISMO: automovil moto bicicleta peatón arma de
fuego arma blanca caída
otro.....

ANTECEDENTES TRAUMATICOS: personales familiares ambos ninguno

DATOS PREHOSPITAL

LUGAR calle ruta campo ciudad lago/rio mar montaña

TRATAMIENTO: ninguno via aerea venoclisis inmovilizacion
primeros auxilios (elemental-profesional- especializado)
otro.....

ATENDIDO POR: técnico enfermero paramédico médico otro

DATOS EN HOSPITAL INTERMEDIO

NOMBRE..... FECHA..... HORA INGRESO..
FECHA..... HORA EGRESO...

TRATAMIENTO: ninguno inmovilización primeros auxilios
(profesional- especializado) venoclisis (aguja-canalización
cateter percutáneo)

VIA AEREA: no intubación (NT OT) máscara O2

INTERNACION: guardia sala CI UTI

DERIVACION: necesidad de alta complejidad
carencia de área pediátrica
infraestructura insuficiente
otro

PRINCIPAL O CENTRO DE TRAUMA PEDIATRICO (CTP)

NOMBRE..... FECHA..... HORA.....

ESTADO AL INGRESO: vivo muerto

DERIVADO DESDE: lugar del accidente hospital clinica

TRANSPORTE: automovil ambulancia SEM helicoptero-avión

ACOMPANADO POR PERSONA ENTRENADA: si no

DISTANCIA.....km TIEMPO.....hs-días

ESTADO AL EGRESO: vivo muerto

DESTINO casa otro hospital rehabilitación

INDICE DE SEVERIDAD DEL TRAUMATISMO
HOJA DE REGISTRO MEDICO

NOMBRE Y APELLIDO.....REGISTRO #...

TALLA.....cm INTUBADO si no FC.... TEMPERATURA...

FR RESPIRACION: normal tiraje ausente

pH..... pO2..... pCO2..... Fio2.....

INDICE DE TRAUMATISMO PEDIATRICO ABREVIADO

GRADOS

	+2	+1	-1
PESO	>=20 KG	10-20 KG	<10 KG
VIA AEREA	Normal	sostenible	insostenible
P.A.S.	>=90 mmHg	90-50 mmHg	< 50 mmHg
	o pulso radial	o pulso femoral	sin pulso
	palpable	palpable	palpable
SNC	Despierto	Obnubilado o	Coma o
		pérd.conoc.	descerebrado
HERIDA	no	menor	mayor o
			penetrante
FRACTURA	no	cerrada	expuesta o
			múltiple

SUMA:.....

EVALUACION POR SISTEMAS

SNC: si no MAXILO FACIAL: si no OSEO: si no

ABDOMEN: si no TORAX: si no PARTES BLANDAS: si no

GLASGOW (escala de coma)

APERT.OJOS	RESP.VERBAL	RESP.MOTORA(mejor)
espontánea 4	orientada 5	obed.orden 6
por orden 3	desorient. 4	localiza (dolor) 5
por dolor 2	palabras 3	retirada (dolor) 4
nula(dolor) 1	sonidos 2	flexión (dolor) 3
	nula (dolor) 1	extensión (dolor) 2
		flaccidez 1

SUMA=.....

TRATAMIENTO:

ninguno drogas inmovilización vendajes lavados
yeso tracción APT AE monitoreo especial ARM
cirugía

días de internación: TOTAL..... UTI..... SALA

MINISTERIO DE PREVENCIÓN
HOSPITAL ITALIANO

COMPLICACIONES

ninguna VAS pulmonar CV hematológica renal hepática
séptica cutánea músculoesquelética otras.....
toxicología no investigada negativa positiva.....

CONDICIONES PREEXISTENTES: no desconocida afección aguda
afección crónica neurológica física psíquica drogas
otras.....

ALTA	vivo	muerto	FECHA			HORA
FUNCION		NORMAL (+2)	DISMINUIDA (+1)	INCAPACIDAD (-1)	DISCAPACIDAD PREVIA	
audición					si-no	
habla					si-no	
se alimenta solo					si-no	
se baña solo					si-no	
se viste solo					si-no	
camina					si-no	
reconoce					si-no	
conducta social					si-no	

ALTA casa otro hospital (agudos- crónicos) otro

A.I.001.

REGISTRO DE TRAUMA PEDIATRICO FASE 2

APELLIDO

REGISTRO #.....

DATOS GENERALES

Nombre de Hospital Principal	Nº H.Clinica:
PACIENTE. Nombre y Apellido	
Dirección	TE:

1 EDAD	[años] [meses] [días]	2 SEXO: ☐ 1 M ☐ 2 F
--------	-----------------------	---

3 INSTRUCCIÓN FAMILIAR RESPONSABLE

Primaria	☐ 1 Completa	☐ 2 Incompleta	Secundaria	☐ 3 Completa	☐ 4 Incompleta
Terciaria	☐ 5 Completa	☐ 6 Incompleta	Universitaria	☐ 7 Completa	☐ 8 Incompleta
☐ 9 Sin datos					

4 ANTECEDENTES TRAUMATICOS PERSONALES

☐ 1 consulta	☐ 2 Internado	☐ 3 No	☐ 4 Sin Datos
----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

5. TRAUMATISMO FECHA / / HORA

5.1 Día de la semana	☐ 1 D	☐ 2 L	☐ 3 Ma	☐ 4 Mi	☐ 5 J	☐ 6 V	☐ 7 S	☐ 8 Sin datos
----------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------------

6 TIPO

☐ 1 Romo	☐ 2 Penetrante	☐ 3 Mixto	☐ 4 Aplastamiento
☐ 5 Ahorcamiento	☐ 6 Quemadura	☐ 7 Intoxicación CO	
☐ 8 Otro	Cual	☐ 9 Sin Datos	

7 CIRCUNSTANCIA

☐ 1 Accidente	☐ 2 Asalto	☐ 3 Apaleado	☐ 4 Suicidio	☐ 5 Deporte	Cual
☐ 6 Otro	Cual	☐ 7 Sin Datos			

8 MECANISMO

☐ 1 Caída de altura	☐ 2 Caída de nivel	☐ 3 Objeto Contundente	☐ 4 Objeto penetrante
☐ 5 Arma de fuego	☐ 6 Arma blanca	☐ 7 Accidente de Tránsito	☐ 8 Por objeto caliente
☐ 9 Por líquido caliente	☐ 10 Por fuego	☐ 11 Por Cáustico	☐ 12 Electrocución
☐ 13 Explosión	☐ 14 Inmersión	☐ 15 Mordedura	
☐ 16 Otro	☐ 17 Sin Datos		

9 ACCIDENTES DE TRANSITO

9.1 CONDICIÓN	☐ 1 Peatón	☐ 2 Pasajero	☐ 3 Conductor	☐ 4 Sin Datos
---------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

9.2 SI PASAJERO	☐ 1 Asiento Delantero	☐ 2 Asiento Trasero	☐ 3 En brazos de otro pasajero
☐ 4 Otro	☐ 5 No corresponde	☐ 6 Sin Datos	

9.3 TIPO DE ACCIDENTE	☐ 1 Caída de vehículo	☐ 2 Colisión entre dos vehículos
☐ 3 Vuelco	☐ 4 Colisión y vuelco	☐ 5 Atropellamiento
☐ 6 Choque con objeto fijo	☐ 7 Colisión con animal	☐ 8 Otro
☐ 9 Sin Datos		

9.4 PRIMER VEHICULO	☐ 1 Auto	☐ 2 Moto/motociclo	☐ 3 Omnibus
☐ 4 Bicicleta	☐ 5 Patineta	☐ 6 Patín	☐ 7 Carro
☐ 8 Otro	☐ 9 Sin Datos		

9.5 SEGUNDO VEHICULO	☐ 1 Auto	☐ 2 Omnibus	☐ 3 Tren
☐ 4 Camión/ camioneta	☐ 5 Moto/motociclo	☐ 6 Bicicleta	☐ 7 Otro
☐ 8 Sin Datos			

9.6 PROTECCIÓN	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
----------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

9.7 LUGAR DEL ACCIDENTE

☐ 1 Calle	☐ 2 Ruta	☐ 3 Lugar de Recreación	☐ 4 Casa
☐ 5 Escuela	☐ 6 Trabajo	☐ 7 Agua Dulce (Pileta, Río, Lago)	☐ 8 Mar
☐ 9 Montaña	☐ 10 Otro	☐ 11 Sin Datos	

10. AMBIENTE	☐ 1 Rural	☐ 2 Urbano	☐ 3 Sin Datos
--------------	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

REGISTRO DE TRAUMA PEDIATRICO FASE 2

APELLIDO

REGISTRO #.....

11. TRATAMIENTO EN EL LUGAR	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.1 Uso de Tabla Larga	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.2 Con Collar Cervical	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.3 Con Soportes Laterales Cervicales	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.4 Maniobras Elementales de Vía Aérea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.5 Maniobras Avanzadas de Vía Aérea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.6 Drenaje Torácico	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-----------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.7 Accesos Venosos Periféricos	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
----------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.8 Vía Intraósea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

11.9 Control de Hemorragia	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

12 ATENDIDO POR

☐ 1 Enfermero	☐ 2 Paramédico	☐ 3 Médico
☐ 4 Familiar, Amigo	☐ 5 Otro	☐ 6 Sin Datos

13 OPERADOR

☐ 1 Entrenado	☐ 2 No Entrenado	☐ 3 Sin Datos
-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

14 TRANSPORTE desde el lugar del accidente

☐ 1 Automóvil	☐ 2 Helicóptero	☐ 3 Avión	☐ 4 Caminando	☐ 5 Otro	☐ 6 Sin Datos
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

14.7 Ambulancia Con Equipo Especializado	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15. HOSPITAL INTERMEDIO	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.1 Número de instituciones intermedias []

15.2 TIEMPO en HORAS de permanencia en institución intermedia [] horas

15.3 TRATAMIENTO	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.4 Maniobras avanzadas de Vía Aérea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.5 Transfusión	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.6 Cirugía Menor	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.7 Cirugía Mayor	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.7 Derivación Por Necesidad de Alta Complejidad	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

15.8 Derivación Por Necesidad de Infraestructura Pediátrica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

16 TRANSPORTE desde la última institución

☐ 1 Automóvil	☐ 2 Helicóptero	☐ 3 Avión	☐ 4 Otro	☐ 5 Sin Datos
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

16.6 Ambulancia Con Equipo Especializado	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

16.7 Acompañado Por Operador Entrenado desde Institución intermedia	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

APELLIDO

REGISTRO #.....

17 HOSPITAL PRINCIPAL O CENTRO DE TRAUMA PEDIATRICO (CTP)

17.1 NOMBRE: 17.2 CIUDAD

17.3 FECHA DE INGRESO _/ _/ _ 17.4 Hora de Ingreso

17.5 TIEMPO Traumatismo - C.T.P. hs

17.6 ESTADO AL INGRESO ☐ 01 Vivo ☐ 02 Muerto ☐ 03 Sin Datos17.7 Derivado desde el lugar del accidente ☐ 01 Vivo ☐ 02 Muerto ☐ 03 Sin Datos

17.8 DISTANCIA desde lugar del hecho a institución principal: km

18 COMPROMISO FUNCIONAL AL INGRESO

18.1 Temperatura: °C.

18.2 Lugar de registro

☐ 01 Esofágica ☐ 02 Conducto Auditivo Externo ☐ 03 Rectal ☐ 04 Axilar ☐ 05 Sin datos

18.3 Frecuencia Respiratoria: resp. /min. 18.4 Frecuencia Cardíaca: latidos /min.

18.5 Intubado ☐ 01 Si ☐ 02 No ☐ 03 Sin Datos18.6 RESPIRACION: ☐ 01 Normal ☐ 02 Tiraje ☐ 03 Ausente ☐ 03 Sin Datos

19 INDICE DE TRAUMATISMO PEDIATRICO SUMA

COMPONENTE	CATEGORIA (2)	CATEGORIA (1)	CATEGORIA (-1)
1 PESO	☐ 1.1 ≥ 20 Kg	☐ 1.2 10-20 Kg	☐ 1.3 < 10 Kg
2 VIA AEREA	☐ 2.1 Normal	☐ 2.2 Sostenible	☐ 2.3 Insostenible
3 P.A.S.	☐ 3.1 ≥ 90 mmHg o pulso radial palpable	☐ 3.2 90-50 mmHg o pulso femoral palpable	☐ 3.3 < 50 mmHg o sin pulsos palpables
4 S.N.C.	☐ 4.1 Despierto	☐ 4.2 Obnubilado	☐ 4.3 Coma
5 HERIDA	☐ 5.1 No	☐ 5.2 Menor	☐ 5.3 Mayor o penetrante
6 FRACTURA	☐ 6.1 No	☐ 6.2 Cerrada	☐ 6.3 Expuesta o múltiple

20 ESCALA DE GLASGOW Puntaje

01 APERTURA OJOS	02 RESPUESTA VERBAL	03 MEJOR RESPUESTA MOTORA
Esponánea 4	Orientada 5	Obedece Orden 6
Por Orden 3	Desorientada 4	Localiza (Dolor) 5
Por Dolor 2	Palabras 3	Retirada (Dolor) 4
Nula (Dolor) 1	Sonidos 2	Flexión anormal al dolor 3
	Nula (Dolor) 1	Extensión anormal al dolor 2
		Flaccidez 1

ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA (< 4 años)

04 APERTURA OJOS	05 RESPUESTA VERBAL	06 MEJOR RESPUESTA MOTORA
Esponánea 4	Emite palabras apropiadas para edad, sonrisa social, fija la mirada, sigue objetos 5	Obedece Orden 6
Por Orden 3	Llora pero es consolable 4	Localiza al Dolor 5
Por Dolor 2	Irritado y sin consuelo 3	Retirada al Dolor 4
Nula(Dolor) 1	Desasosegado 2	Flexión anormal al dolor 3
	Sin respuesta 1	Extensión anormal al dolor 2
		Flaccidez 1
07 Sin Datos de Glasgow		

REGISTRO DE TRAUMA PEDIATRICO FASE 2

APELLIDO

REGISTRO #.....

21 IIS = []

(Codificar hasta 15 lesiones SI correspondiera)

CODIGO	CODIGO	CODIGO

22 ESTUDIOS

22.1 Radiografía de Columna Cervical	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
22.2 Radiografía de Tórax	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
22.3 Radiografía de Pelvis	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

22.4 Otras radiografías	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

22.5 Ecografía	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
----------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

22.6 Tomografía Axial Computada	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

22.7 Lavado peritoneal	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

22.8 Otros Estudios	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23. TRATAMIENTO

	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.1 Férula/Yeso	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.2 Tracción	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.3 Fijación	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.4 Drogas Vasoactivas	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.5 Intubación	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-----------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.6 Asistencia Mecánica Respiratoria	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.7 Alimentación Parenteral	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.8 Alimentación Enteral	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.9 Drenaje De Tórax	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-----------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.10 Diálisis Peritoneal	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.11 Accesos Vasculares Profundos	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.12 Vía Intraósea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.13 Transfusión	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.14 Cirugía Menor	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.15 Cirugía Mayor	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
---------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.16 Cirugías Múltiples	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.17 Otros	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

23.18 Sin Datos	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-----------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

24 COMPLICACIONES

24.1 Vía Aérea Superior	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.2 Pulmonar	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.3 Séptica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.4 Infección Local	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.5 Renal	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.6 Hepática	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.7 Cutánea	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.8 Músculo Esquelética	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.9 Gastrointestinal	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.10 Endocrina	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.11 Cardiovascular	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.12 Hematológica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.13 Neurológica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
24.14 Psicológica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

24.15 Otras	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
-------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

25 CONDICIONES PREEXISTENTES

25.1 Afección Aguda	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
25.2 Afección Crónica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

25.3 Física	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
25.4 Psíquica	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
25.5 Drogadicción	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
25.6 Alcoholismo	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
25.7 Medicación	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos

26. DISCAPACIDAD al MOMENTO del ALTA	☐ 1 Si	☐ 2 No	☐ 3 Sin Datos
--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

27 EGRESO

27.1 FECHA	/ /
------------	-----

27.2 DIAS DE INTERNACION TOTALES	[]
----------------------------------	-----

27.3 DIAS DE INTERNACION EN SALA	[]
----------------------------------	-----

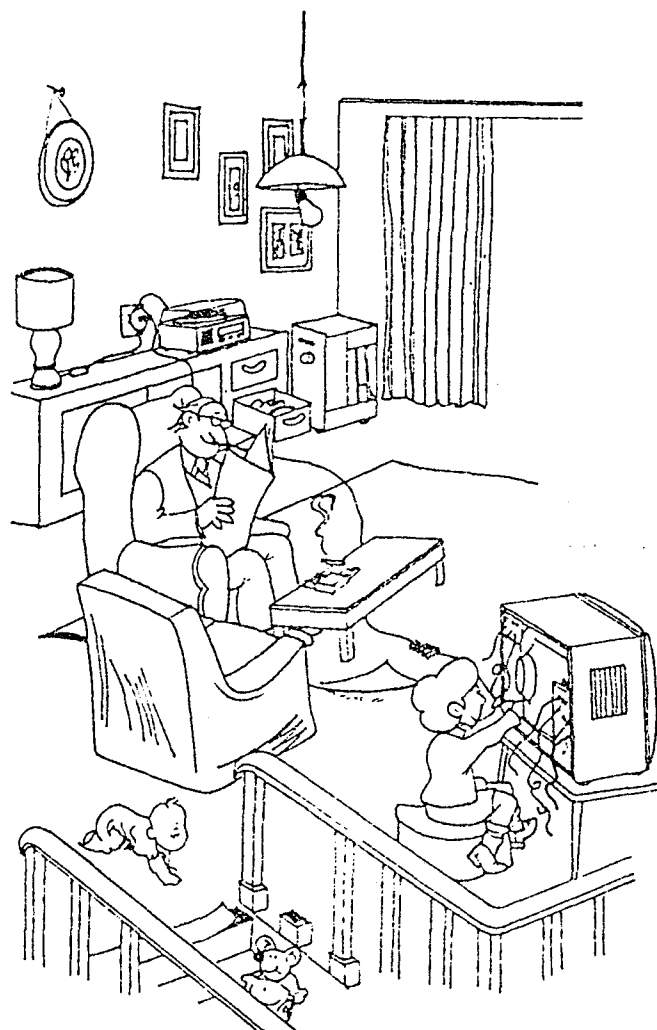
27.4 DIAS INTERNACION UCIP	[]
----------------------------	-----

27.5 ESTADO AL EGRESO	☐ 1 Vivo	☐ 2 Muerto	☐ 3 Sin Datos
-----------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

TEST DE SEGURIDAD EN SU HOGAR

¿Hasta qué punto su casa es segura? Para contestar a este interrogante se han diseñado una serie de preguntas, cuyas respuestas pueden ser afirmativas o negativas.

Mediante este chequeo usted puede averiguar aquellos aspectos peligrosos en su hogar sobre los que todavía no ha efectuado ninguna corrección.



COMEDOR, SALA DE ESTAR, DORMITORIO

- Las áreas de circulación ¿están despejadas de muebles u otros objetos?
- ¿Hay una pantalla delante de la chimenea?
- ¿Evita las conexiones en enchufes múltiples?
- ¿Dispone las ventanas y balcones de un pestillo de cierre, fuera del alcance de los niños?
- ¿Puede encender y apagar la luz desde la cama?
- ¿Evita fumar en la cama?

SI NO

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

COCINA

SI NO

- La zona de la cocina y el lavadero ¿están bien iluminadas? ☐ ☐
- Cuando está cocinando ¿procura que los mangos de las sartenes no sobresalgan de la cocina y no estén situados sobre el fuego? ☐ ☐
- Su batería de cocina ¿tiene mangos o asas aislantes? ☐ ☐
- Si se derrama algo en el suelo ¿lo recoge enseguida? ☐ ☐
- Al encender el horno manualmente ¿abre la puerta antes de abrir la llave del gas? ☐ ☐
- ¿Sigue las instrucciones de utilización de la olla a presión? ☐ ☐
- ¿Tiene un comportamiento especial para los cuchillos de cocina? ☐ ☐
- ¿Utiliza aparatos eléctricos lejos del lavadero? ☐ ☐
- ¿Se seca las manos antes de utilizar los aparatos eléctricos? ☐ ☐
- Los productos de limpieza ¿están guardados fuera del alcance de los niños? ☐ ☐
- ¿Utiliza pisos seguros para alcanzar los estantes más altos? ☐ ☐
- ¿Limpia y desengrasa la campana y el extractor de humos? ☐ ☐
- ¿Cierra las puertas y cajones inmediatamente después de su uso? ☐ ☐
- Desconecta los aparatos eléctricos al limpiarlos? ☐ ☐
- ¿Evita las corrientes de aire que inciden sobre el fuego? ☐ ☐

INSTALACIONES DE AGUA, GAS Y ELECTRICIDAD

- ¿Sabe dónde están las llaves de paso del agua y del gas y puede cerrarlas? ☐ ☐
- ¿Distingue con facilidad las cañerías de agua de la del gas? ☐ ☐
- ¿Cierra la llave de paso del gas por las noches y al ausentarse de casa? ☐ ☐
- Si sospecha que hay una llave de gas que no funciona bien ¿llama enseguida a un especialista? ☐ ☐
- ¿Sabe dónde está el interruptor general de la luz y puede desconectarlo? ☐ ☐
- ¿Tiene a mano fusibles de recambio? ☐ ☐
- ¿Desconecta el interruptor de luz para cambiar los fusibles? ☐ ☐
- ¿Averigua porqué se han fundido los fusibles y procura arreglarlos antes de cambiarlos? ☐ ☐
- ¿Sabe cuál es el potencial de electricidad en su instalación? ☐ ☐
- ¿Mantiene los combustibles lejos de los focos de calor? ☐ ☐
- Si su tabla de planchar no es metálica ¿dispone de una funda incombustible? ☐ ☐

GENERALES

- ¿Tiene junto al teléfono los números de urgencia (policía, bomberos, medico...)? ☐ ☐
- ¿Lee las instrucciones antes de utilizar un medicamento, un insecticida o un desinfectante? ☐ ☐
- ¿Guarda las herramientas fuera del alcance de los niños? ☐ ☐
- ¿Se asegura siempre de no dejar niños solos en la casa? ☐ ☐
- ¿Están protegidos para los niños los enchufes de toda la casa? ☐ ☐
- ¿Dispone en su casa de un interruptor diferencial de alta sensibilidad? ☐ ☐
- Dispone en su casa de un extintor de fuego? ☐ ☐

RESULTADOS

- 39 - 35 SI: La seguridad de su hogar es "buena". sin embargo, no descuide los aspectos negativos.
- 34 - 35 SI: La seguridad de su hogar es "regular". ¡preocúpese de los aspectos negativos a la brevedad!
- Menos de 29 SI: La seguridad de su hogar es "mala". Tome urgentes medidas para corregir los puntos negativos. Hay una fuerte probabilidad de tener accidentes en su hogar.

FUENTE: Seguridad en acción

