

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO JULIO GRAVE DE PERALTA



Intervención educativa sobre prevención de lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años

Autor: Dra. Delia Rosa Cruz Mulet*

Tutora: Dra. Dulce María Gómez Fombellida **

*Residente de segundo año en Medicina General integral.

**Especialista en Segundo Grado en Medicina General Integral.
Profesora Asistente.

**TESIS PARA OPTAR POR LA CONDICIÓN DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

HOLGUIN 2019

PENSAMIENTO:

*“Lo importante en la vida no es realizar cosas extraordinarias, sino realizar cosas ordinarias
extraordinariamente bien”.*

Ernesto Guevara de la Serna.

DEDICATORIA:

A mi amada hija; Isabella por ser el motor impulsor de mi vida desde el día que nació.

AGRADECIMIENTOS:

-A mis queridos padres; Ismael y Miriam por su apoyo incondicional en todas las esferas de mi vida.

-A Mireida y Elvia, por toda su ayuda y cariño.

-A mi esposo; Carlos Miguel siempre presente aún desde la distancia.

-A mis compañeros de trabajo, profesores y amigos.

RESUMEN

De todas las etapas por la que transitamos, en ninguna somos tan vulnerables como en nuestros primeros años de vida. Por lo que se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención educativa con el objetivo de prevenir lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años, en el consultorio número Diez del Policlínico Julio Grave de Peralta, en el período comprendido de marzo del 2018 a abril del 2019. El universo estuvo constituido por 85 cuidadores, y la muestra quedó conformada por 73 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La obtención de la información se basó en la aplicación de un cuestionario inicial, lo que permitió apreciar el nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión; el cual fue utilizado para la planificación de la actividad; que se desarrolló en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación, se consultaron 34 referencias bibliográficas. Obteniéndose los siguientes resultados: en el grupo de cuidadores estudiados predominó el sexo femenino con un 97.26%, el grupo etario más frecuente fue el de 20 a 35 años con un 52%. En cuanto al nivel de conocimiento sobre tipos de lesiones antes del estudio fue regular con un 42.5%, y luego se evaluó como bueno con un 49.53%, en cuanto a su prevención; al iniciar la actividad se consideró como bueno con un 41.1%, y al concluir las mismas se evaluó como excelente con un 48%, con lo que se demostró el incremento en el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre los tipos de lesiones y su prevención.

Palabra Clave: lesiones no intencionales, intervención educativa, prevención.

ÍNDICE

Resumen

Introducción.....1

Objetivos.....5

Marco Teórico.....6

Diseño Metodológico.....2

Análisis y discusión de los resultados.....33

Conclusiones.....38

Recomendaciones.....39

Referencias bibliográficas.....40

Anexo

INTRODUCCION:

El concepto de accidente es científicamente impreciso. Tiene una connotación semántica de algo casual, debido a la suerte, al azar. No obstante, cuando se tiene en cuenta que pueden ocurrir, existen mayores posibilidades de evitarlos, o al menos disminuir la gravedad de sus efectos. Lo accidental del accidente no radica en su ocurrencia, sino en sus consecuencias. Por este problema semántico, la literatura científica actual, tiende cada vez más a evitar la palabra accidente. Incluso, el Programa Global de Prevención de Accidentes, desarrollado por la Oficina Central de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, ahora se designa como Programa para la Prevención de lesiones o daños. Más recientemente se les ha denominado lesiones o daños no intencionales.¹

Numerosas son las consecuencias de este hecho para la vida de un ser humano, que se pueden manifestar no solo en la salud sino también en el campo de lo físico, espiritual, económico y social.² La reducción de la mortalidad por accidentes en un 20 por ciento constituyo uno de los propósitos de las proyecciones estratégicas hasta el año 2015.³ La prevención de los accidentes debe ser considerada como una emergencia sanitaria y también social. Una mirada atenta a las estadísticas de los accidentes a escala mundial solo puede producirnos alarma, pues en la mayor parte de los países estos aparecen entre las primeras causas de muerte para todas las edades, aunque con una mayor incidencia en niños y niñas.⁴

De un 20 a un 25 % de los niños y adolescentes son atendidos anualmente en los servicios de urgencia de los hospitales por una lesión, y como mínimo el mismo número de ellos son atendidos en un consultorio; el 2,5 % requiere hospitalización y habitualmente los servicios de terapia intensiva pediátrica cuentan entre sus pacientes más graves y complejos a los lesionados, de ellos el 55 % sufre incapacidad al menos temporal como consecuencia de lesiones.⁵

En la mayor parte de los países del mundo, los accidentes aparecen entre las primeras causas de muerte para todas las edades. Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales, y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a

menudo los dejan discapacitados para toda la vida; se señala, además, que si se adoptaran medidas preventivas de eficacia demostrada en todas partes podría salvarse la vida de al menos 1000 niños al día. En Cuba constituyen la primera causa de muerte entre las edades de 1 a 19 años de edad, y afecta, por consiguiente, a las personas jóvenes. Si se consideran todas las edades, estos ocupan la quinta causa de muerte y en el menor de un año la cuarta. Es por esto que en la actualidad se ha tomado conciencia de emprender con urgencia una lucha contra esta verdadera epidemia que ya va adquiriendo caracteres epidémicos. Con respecto a la cantidad de accidentados y de accidentes, los estudios coinciden en los que se describen prevalencias que oscilan entre un 40 y 70 %; y la ocurrencia de más de un accidente por año de vida en la primera infancia, específicamente en los niños menores de un año. La población estudiada más afectada por lesiones no intencionales, son los niños pertenecientes a los grupos de dos años, tres años y los menores de un año, y en relación al sexo, el masculino. Diferentes autores consideran los primeros años de la vida como la edad de mayor riesgo.²

Las caídas, las quemaduras y la aspiración de cuerpo extraño son los tipos de accidentes más frecuentes que se reportan. Donde se destaca en el grupo de uno a cuatro años a la caída en primer lugar, seguida de los golpes por objetos, personas o animales, las quemaduras, los envenenamientos y la aspiración de cuerpos extraños. En Cuba, cuatro de cada diez fallecidos, por este tipo de accidentes, mueren en el hogar.⁶ En la edad pediátrica la mayor incidencia está en los accidentes del hogar, sobre todo por caídas que conllevan a traumatismo craneoencefálico.⁷

Las quemaduras ocupan el segundo lugar dentro de los accidentes ocurridos, y se producen en niños de dos, tres y cuatro años, ocasionadas fundamentalmente por el contacto directo con objetos y líquidos calientes. En nuestro país este tipo de accidente constituye la novena causa de muerte en todas las edades y representa el 1,0 % del total de defunciones. Estudios realizados reportan que las quemaduras no llegan al 2 %, pero la mayoría ocurre en niños de menos de cuatro años y generan muchos ingresos y secuelas. El sitio más peligroso habitualmente es la cocina, que, por su interacción, poco espacio, gran número de utensilios riesgosos y la mayor permanencia de las amas de casa, explica por sí sola la elevada frecuencia de accidentes.⁸

La ingestión de cuerpos extraños es un problema casi cotidiano en la infancia, especialmente en niños de seis meses a tres años de edad. Cualquier elemento puede ser ingerido o aspirado y entre estos se cuentan monedas, pilas, caramelos, piezas pequeñas de juguetes, clavos, alfileres, espinas, lápices, huesos y alimentos. Aun cuando todo cuerpo extraño es potencialmente peligroso, la mayoría de ellos avanza por el tubo digestivo sin inconvenientes y solo un número pequeño requiere una conducta terapéutica activa, y en muy pocos casos, puede ser mortal. Este tipo de lesión no intencional otros autores la divulgan como una de las principales causas accidentales en estas edades, notificando que son motivo de alarma familiar y de solicitud de los servicios médicos de urgencia pediátricos. Estas causas pueden estar relacionadas con algunos factores socioculturales y económicos de la población estudiada, como el bajo nivel educacional de algunas de estas familias, ser hijo de madre adolescente, la presencia de un solo padre en el núcleo familiar o de muchos hermanos, familias disfuncionales y las características particulares que presentan muchas de las viviendas en la zona estudiadas. De los accidentes que ocurren en los diferentes grupos de edad, las tres cuartas partes de los casos están bajo la supervisión de un adulto que no pudo evitar la lesión, lo cual pudiera guardar relación con negligencia o no percepción del riesgo por subvaloración de las habilidades del niño. En efecto, según fuentes revisadas, del total de accidentes en la infancia, 54 % ocurren en el hogar. En casi la mitad de los accidentes estudiados, no se solicita ningún tipo de asistencia médica y cuando esta se demanda, se visita primeramente al cuerpo de guardia del policlínico, y en menor cuantía se demanda asistencia en el hospital pediátrico y en los consultorios médicos de la familia. A los servicios de salud solo acuden los accidentados con lesiones de cierta importancia, por tanto, son muchos más los accidentes que se producen y no se reportan, unos, por no presentar lesiones importantes, y otros por ser atendidos en el domicilio o en otros lugares. Cuando está jugando y explorando, un niño no entiende lo que es el peligro ni recuerda la palabra "no". Cualquier accidente en el menor de un año es por entero culpa de los que vigilan al niño. Después de cumplido el año de edad, aun manteniendo la debida protección, conviene exponer al niño a experiencias menores, por su valor educativo. Se señala que el factor de riesgo aumenta con la complejidad del ambiente y el desarrollo del niño, pero al mismo tiempo existe una compensación: disminuye mediante la supervisión de un adulto y por la experiencia que el niño adquiere en la medida que crece.⁹

Los niños pueden recuperarse de los eventos traumáticos. Y algunos niños no demuestran señales de estrés después de su experiencia traumática. Con el apoyo adecuado, muchos niños pueden adaptarse y superar tales experiencias.⁹ Aún con el apoyo de miembros de familia y otras personas, algunos niños no se recuperan naturalmente. Cuando la angustia relacionada con el evento traumático continúa por varias semanas, un profesional de salud mental con pericia en el trauma puede ayudar al niño y a la familia a recuperarse.¹⁰

Nuestra provincia y en particular nuestro municipio de Holguín también se ha caracterizado por tener una población de niños con múltiples factores de riesgos asociados a la aparición de accidentes entre ellos, la existencia de gran circulación de vehículos automotores y tracción animal, mayor desarrollo científico técnico, e innumerables familias con problemas de salud que inciden negativamente en esta problemática por lo que se reporta el segundo puesto de mayor incidencia de este problema en el país. A pesar de los conocimientos adquiridos sobre esta problemática y la divulgación en todo los niveles y escenario incluyendo el comunitario y constituyendo un programa priorizado en la atención primaria de salud. Contradictoriamente a lo esperado encontramos que continúan con una alta incidencia.¹¹

El Policlínico Julio Grave de Peralta y en particular el Consultorio número 10 no está exento de este tema; existe como serio problema de salud, el nivel primario asume la responsabilidad de la educación de los cuidadores y la detección precoz de los factores de riesgo. Por lo que se deben desarrollar estrategias educativas activas y participativas que trasciendan la visión asistencial y local hacia un enfoque más enérgico en la promoción de la salud. Realizar estrategias para su prevención y control son hoy tareas priorizadas en esta Área de Salud.

Por lo que se propone como **problema científico**:

¿Cómo modificar el nivel de conocimiento en cuidadores; sobre las lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia número 10 del Policlínico Julio Grave de Peralta?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Implementar una intervención educativa sobre prevención de las lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años, del Consultorio Médico de la Familia número 10, perteneciente al Policlínico Julio Grave de Peralta en el período marzo de 2018 – abril de 2019.

Específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente la muestra para estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos de los cuidadores sobre lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años antes de la intervención.
3. Evaluar los conocimientos adquiridos al finalizar la actividad educativa.

MARCO TEORICO:

Lesión es todo daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía mecánica, térmica, química o radiada. El tiempo entre la exposición y la aparición de la lesión debe ser corto. En otros informes de la OMS se define accidente como “acontecimiento, independiente de la voluntad humana, causado por una fuerza extraña, de acción rápida, que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o de trastornos mentales”. Prácticamente ambas definiciones dicen lo mismo. La diferencia radica en el significado de la palabra accidente. Como se ha dicho, accidente lleva a pensar en un hecho debido al azar y sobre el que no se puede actuar. Cuando se analiza el porqué de un accidente, se ve que para que se produzca tienen que confluir varios elementos y circunstancias, lo que lleva a sugerir que, si se actúa sobre estos y se modifican, se pueden prevenir y evitar. Es por esto por lo que es preferible hablar de LESIONES NO INTENCIONADAS.¹²

Epidemiología:

El accidente es una de las primeras causas de muerte en todas las edades, con mayor incidencia en niños y jóvenes. Mundialmente se producen 875 000 muertes cada año por esta causa; y se revela una muerte cada 5 segundos y un traumatismo cada 2 segundos. En Cuba según el Anuario Estadístico del 2012 los accidentes con 4 789 defunciones constituyeron la cuarta causa de muerte en todas las edades con una tasa de 46,3 x cada 100 000 habitantes. En menores de 19 años fueron la primera causa de muerte, ocuparon la cuarta causa en los menores de un año y pasa a ser la tercera causa, si seleccionamos el grupo post neonatal, es decir de 27 días a 11 meses y 28 días. Ese año murieron en Cuba 220 niños por accidentes, es decir uno cada 2 horas; en menores de un año una cada 18 días, en preescolares uno cada 8 días, en escolares uno cada 5 ½ días y en adolescentes una cada tres días.⁸ Y en el año 2016 en nuestro país los accidentes con 5505 defunciones constituyeron la quinta causa de muerte en todas las edades con una tasa de 49 x cada 100 000 habitantes. En menores de 19 años fueron la primera causa de muerte, ocuparon la cuarta causa en los menores de un año. Ese año murieron en Cuba con 234 niños por accidente, en el menor de un año se produjeron doce defunciones, constituyendo la quinta causa de muerte y de uno a cuatro años la primera con 27 defunciones. Las lesiones no intencionales son una de las causas más comunes de consulta en los servicios de urgencias

durante la infancia y la adolescencia y los fallecidos solo son la punta visible de ese iceberg.

13

Si tenemos en cuenta nuestra área de salud según el estudio realizado por el doctor Raidel Santisteban en el año 2018, la morbilidad por lesiones no intencionadas se presentó con una gran frecuencia.¹⁴

En lo que respecta al consultorio número 10 del policlínico Julio Grave las lesiones no intencionadas en el grupo estudiado se presentaron con una frecuencia de al menos una por año, ninguna de ellas con un desenlace fatal.

Importancia del problema:

Los accidentes, como problema de salud pública en la infancia, se consideran “una de las epidemias de nuestro siglo”, por los siguientes motivos:

- Los niños son más vulnerables
- La pérdida de vidas humanas
- Los años potenciales de vida perdidos
- Los sufrimientos físicos y psíquicos
- Las incapacidades producidas
- La gran repercusión económica

¿Qué elementos intervienen en un accidente?

Al analizar los accidentes encontramos tres elementos básicos:

- Sujeto susceptible o huésped,
- Medio
- Agentes que lo provocan

Además, para que sucedan, se tienen que producir una cadena de hechos/circunstancias que coinciden en el tiempo y en el espacio.

Huésped, persona que sufre el accidente

Está condicionado por sus características personales:

- Edad: las características evolutivas en las diferentes etapas de desarrollo, van a condicionar el que un niño sea más o menos susceptible de sufrir una lesión. En los primeros años de la infancia, los niños no son conscientes de los riesgos y peligros que les rodean, y, además,

sus capacidades físicas y motoras no están aún desarrolladas adecuadamente.

- Sexo: existen condicionantes culturales que asocian determinadas actividades al sexo de la persona.
- Estado de salud: enfermedades crónicas, toma de medicamentos.
- Estado funcional: discapacidad física o sensorial.
- Carácter/comportamiento: niños con gran actividad, rebeldes, sin miedos, que no acatan normas.
- Estado de ánimo: tímidos, poco aceptados socialmente.

Agente, objeto, elemento o mecanismo que produce el accidente:

- Puede ser peligroso en sí mismo: enchufe, cable, pesticida, etc.
- Por utilización incorrecta: no usar dispositivos de seguridad en los coches, no
- Respetar normas de seguridad vial, sobrecargar un enchufe, dejar una sartén con el mango hacia fuera, etc.
- Por defecto de fabricación: falta de leyes que regulen la producción

Medio, situación o circunstancia en que se produce:

Las circunstancias en que el medio puede favorecer las lesiones en los menores son múltiples: cuidadores inadecuados, falta de control o bajos conocimientos por parte de los padres, hacinamiento, falta de orden en el hogar entre otros. Pueden intervenir además el que sea de día o noche, el día de la semana, la época del año teniendo las vacacionales como mayor exponente. Es decir, existen diferentes tipos de factores (físicos o materiales, sociales, económicos, culturales, psicológicos y del entorno) que condicionan la producción de lesiones, de tal manera que el medio puede condicionar la acción del agente que produce la lesión, así como la reacción de la víctima.^{15,16,17}

Los accidentes tienen relación directa con los procesos evolutivos y sociales de las personas. Los accidentes son inesperados, pero no inevitables.

- La principal característica del accidente es que no se produce por casualidad, sino que se produce en unas circunstancias determinadas, sobre las cuales ha podido actuar la conducta humana, bien directamente o bien a través de la transformación del medio.
- Más que sucesos fortuitos son la consecuencia predecible de la combinación de factores humanos y ambientales sobre los que casi siempre se puede actuar.

•Lo importante es conocer las causas que lo han producido para poder atajarlas y así dejar el mínimo espacio a la casualidad.¹⁷

Es habitual pensar que no hay modo de prevenir la ocurrencia de accidentes, aun cuando la mayoría se presenta en un entorno tan conocido y controlado como el hogar.

A partir de su nacimiento el niño depende de los adultos que le rodean, situación por demás clara de la responsabilidad que debe asumirse para evitar las lesiones no intencionales en este grupo de población, pues la negligencia en cuanto a la adopción de medidas preventivas de lesiones no intencionales predispone a mayores riesgos al niño.

Es habitual pensar que no hay modo de prevenir la ocurrencia de accidentes, aun cuando la mayoría se presenta en un entorno tan conocido y controlado como el hogar.¹⁸

Desarrollo psicomotor:

El crecimiento y desarrollo del niño se halla muy vinculado a la frecuencia de las lesiones: los movimientos de los recién nacidos están condicionados por los llamados reflejos arcaicos. Reflejo de succión, búsqueda, etc. Pueden reptar cuando se le ponen boca abajo suelen tener las manos cerradas y existe el reflejo de prensión palmoplantar es capaz de mover la cabeza a uno y otro lado cuando está acostado, pero no la puede sujetar bien y se le cae hacia delante cuando le incorporamos. Distingue sonidos, por lo que se tranquiliza al oír la voz de la madre. Su visión le permite percibir luces y sombras.¹⁹

Al mes todavía persisten algunos reflejos arcaicos y mantiene la posición de flexión. Comienza a mantener la cabeza y al colocarle boca abajo consigue levantarla un poco. Además, va disminuyendo la tendencia a mantener las manos cerradas y puede llevársela a la boca de forma involuntaria. Puede seguir con la vista un objeto grande que se desplace en un ángulo de 90°. Reacciona a los ruidos fuertes y emite sonidos guturales y vocálicos.

El niño de dos meses: inicia de forma vacilante la sujeción de la cabeza sus manos están frecuentemente abiertas. Se fija en objetos y en las personas de su entorno Sigue el movimiento de objetos grandes y de personas hasta 180°. Está más tiempo despierto y aparece la primera sonrisa intencional ante el rostro de la madre o un desconocido.

El niño de tres meses: sostiene la cabeza con más facilidad y durante más tiempo cuando está tumbado. Se apoya en los antebrazos cuando está acostado boca abajo. Tiene mucho

interés por las manos que mira y se lleva a la boca si le colocamos un objeto las abre y cierra. Mira a la cara de su madre y a sus manos siguiendo los objetos con la mirada. Responde a la sonrisa sonriendo.

El niño de cuatro meses: agarra objetos ya es capaz de levantar la cabeza y el tórax de la mesa. Tiene la cabeza firme e inclinada hacia delante cuando está sentado. Intenta hacer giros y coger objetos que se lleva a la boca. La vista se ha ido desarrollando de modo que comienza a distinguir los colores y puede enfocar los ojos a diferentes distancias. Vuelve la cabeza para mirar a quien lo llama. Va mejorando la cantidad, calidad y entonación de las consonantes, ya emite gritos de alegría o malhumor, y comienza a usar consonantes y emite sonidos soplantes (como v) y labiales (m, b). Se muestra alegre incluso ante extraños, conoce a los padres y les dedica sonrisas. Sigue mirándose las manos que cruza, toca y golpea. Disfruta el ambiente que le rodea. Sonríe y habla con él mismo.

El niño de cinco meses es capaz de levantar la cabeza y gran parte del tronco apoyándose en los antebrazos o en las palmas de las manos cuando se le coloca boca abajo. Si lo sostenemos de pie, mantiene una gran parte de su peso. Aparece la prensión voluntaria cogiendo con las dos manos objetos cercanos que se lleva a la boca. Mira atentamente la boca y escucha los diferentes sonidos principalmente la voz humana. Necesita estar cerca de los padres para sentirse seguro. Puede darse la vuelta de forma más o menos completa y comienza a mantener el tronco cuando se le sienta.

Principales causas de lesiones en el primer semestre de vida:

Dada la escasa autonomía del niño a esta edad, los tipos de lesiones que se producen con más frecuencia son las caídas desde altura, los accidentes de tráfico como pasajero y más rara vez atragantamientos y quemaduras. Entre los factores que pueden favorecer la aparición de lesiones no intencionales en esta etapa de la vida se encuentran, la sofocación o asfixia dormir boca abajo, colchón blando, existencia de cojines o almohadas en la cuna, estar expuestos al humo del tabaco, dormir en la cama con los padres, descuido a la hora de cambio de pañales, parto gemelar, dormir con otro hermano, lactancia artificial, etc.^{19,20}

Medidas para promover la seguridad y evitar lesiones:

La habitación, la cuna y la postura del bebé, son tres aspectos esenciales de la seguridad del recién nacido y lactante a la hora de dormir. El lugar más seguro para dormir es en la

misma habitación de los padres, en su propia cuna. Es importante asegurarse de que tanto la cuna como el cochecito, la sillita del coche y la mochila portabebés, cumplen con las medidas de seguridad establecidas por los organismos pertinentes. (No siempre lo más caro es lo mejor ni más seguro). Nunca se debe dejar a los bebés sin vigilancia sobre sillas, camas, sofás, cambiadores, mesas, etc. y cambiar los pañales del niño en un sitio seguro. Son frecuentes las caídas que se producen desde el cambiador, la cama o cualquier lugar alto en el que se deje solo al niño, aunque sea durante unos segundos, fundamentalmente entre los 4 y 5 meses ya que en esta etapa giran sobre su abdomen. Hay que tener cuidado cuando se lleva al niño en brazos para evitar las caídas, no se debe jugar con él lanzándolo hacia arriba. Los adornos (cadenas, cintas, cordones, imperdibles) son muy peligrosos y pueden producir daños en el bebé, especialmente si se llevan en el cuello. También si contienen piezas pequeñas que se pueden soltar y se podría llevar a la boca provocando atragantamiento. Cuando va en el cochecito o la sillita de paseo, debe ir siempre bien sujeto, pues cualquier falso movimiento o tropezón puede provocar la caída del niño y tener presente además el tráfico y condiciones estructurales de la vía a transitar. En lo que se refiere a las quemaduras, hay que ser cuidadoso con la temperatura del agua en el baño, comprobándola siempre, la exposición directa a los rayos del sol solo el tiempo recomendado por su médico de familia o pediatra del área y siempre protegiendo los ojos, y si es varón ponerle siempre un pañal, además de probar la temperatura de los alimentos. Especialmente si se utiliza el microondas, porque realiza un calentamiento irregular. Hay que evitar circular por la casa con líquidos calientes o tener al niño en brazos mientras se toma algo caliente. Debe evitarse la elaboración de alimentos en el dormitorio y si no se cuenta con más espacio habitacional, debe asegurarse de que existe suficiente ventilación. Nunca se debe dejar al niño solo en casa, ni dentro de un vehículo y tener cuidado con mascotas que puedan lastimarlo. Durante los trayectos en automóvil nunca sentar al niño en el asiento delantero. ^{20,21,22}

Segundo semestre:

6 meses: se puede mantener sentado con mínimo apoyo, cuando está tumbado es capaz de darse la vuelta y pasar de boca arriba a boca abajo y al revés. Se levanta del suelo, apoyándose en sus manos, incluso levanta parte del abdomen cuando le dejamos boca abajo. Comienza a cogerse los pies. Mejora la prensión voluntaria y palpa superficies con la

mano. Reconoce los diferentes tonos y volúmenes de la voz humana. Le gusta el sonido de su voz y emite series de sílabas claramente diferenciadas, con intensidad y tono variables.

7 mese: la prehensión se hace entre el pulgar y la palma de la mano; además, inclina todo el cuerpo para alcanzar un objeto, y lo transfiere de una mano a otra.

8 meses: comienza a aparecer la pinza digital. Puede realizar entre el pulgar y el índice la prehensión de una pequeña bolita de azúcar, así como apoyar la mano en su borde cubital.

9 meses: ya su fuerza muscular en ambos muslos y cintura pélvica lo capacitan para sentarse solo.

10 meses: el niño gatea.

11 meses: se para sujeto.

12 meses: da pasos con apoyo.

Este desarrollo del lactante no es un esquema rígido, ya que hay niños que se adelantan en su desarrollo y otros que son más lentos, por lo que hay que tenerlo presente a la hora de prever la ocurrencia de una lesión no intencional.²⁰

Principales causas de lesiones en esta etapa:

En esta etapa el niño va adquiriendo cada vez una mayor movilidad e independencia y los tipos de lesiones que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, intoxicaciones, atragantamientos, quemaduras y los accidentes del tráfico como pasajero.²³

Medidas para promover la seguridad y evitar lesiones: En esta etapa será necesario extremar las precauciones de seguridad en el hogar. A esta edad se lo llevará “todo” a la boca, con lo que es muy importante no dejar a su alcance piezas pequeñas que pueda tragarse o productos peligrosos. Al mismo tiempo, al comenzar a moverse es necesario proteger las esquinas, muebles peligrosos, las escaleras, los enchufes, etc. Los muebles que puedan ser volcados deben asegurarse a las paredes, etc. Los niños no deberían jugar en la cocina ni en el baño, por ser éstos los lugares potencialmente más peligrosos de la casa. El uso del andador está totalmente desaconsejado porque aumenta el riesgo de golpes y caídas no beneficia la adquisición de la marcha ni el desarrollo del niño. El niño debe estar en un lugar seguro donde pueda moverse con libertad, (como un parque o cuna grande) o si está en el suelo deberá estar vigilado en todo momento. Si está en una hamaca

o en la trona, deberá utilizar sujeción. En general, habrá que hacer un “recorrido” por la casa retirando o protegiendo los posibles peligros; y cuando vayan a otros lugares: casas de familiares o amigos, hoteles, etc., se deberá hacer una revisión del entorno buscando los posibles peligros.

A continuación, se describen diferentes medidas protectoras para evitar las principales lesiones que se pueden producir a esta edad. Muchas de ellas son aplicables también a niños mayores de un año.^{23,24}

Golpes y caídas:

- Las cunas deben estar homologadas regulándolas a medida que el niño va creciendo y siempre tenerlas a la altura de la clavícula.
- Proteger las ventanas con rejas y cierres de seguridad, proteger los balcones con puertas de seguridad, barandillas elevadas, etc. Colocar dispositivos de bloqueo o limitación de apertura en balcones y ventanas. No poner debajo de las ventanas sillas, sofás, mesas o cualquier elemento al que el niño pueda subir.
- Evitar las superficies resbaladizas y las alfombras que se puedan deslizar.
- En las puertas deben colocarse protectores para evitar cierres violentos.
- Es importante también prevenir los accidentes por inmersión en el agua. No hay que dejar al niño solo en la bañera y no descuidarse ni por un segundo cuando se visiten playas, ríos y piscina.

Quemaduras:

Las quemaduras en el niño pequeño pueden tener graves consecuencias ya que, además de que pueden llegar a poner en peligro su vida y son muy dolorosas, suelen dejar cicatrices difíciles de reparar. La mayoría de las quemaduras se producen por líquidos calientes y suelen afectar principalmente a la cara y al tórax. También se producen por contacto con objetos calientes o por electricidad. Para prevenir las quemaduras se aconseja:

- Evitar la presencia del niño en la cocina cuando se está cocinando.
- No dejar que los mangos de las sartenes u otros utensilios sobresalgan del borde de la cocina.

- Tener mucho cuidado cuando se transporten líquidos calientes por la casa; y en la mesa, evitar que el niño pueda tirar del mantel.

- No fumar en casa ni dejar restos de cigarros donde el niño pueda alcanzarlos.

- Tapar o colocar enchufes de seguridad en las tomas de corriente, evitar que el niño juegue con cables, enchufes y aparatos eléctricos, sobre todo que se los ponga en la boca. Procurar que no haya cables sueltos por la casa.

Por último, es muy importante prevenir las quemaduras solares, utilizando crema protectora, evitando la exposición en las horas centrales del día y protegiéndose con ropa y gorro.²⁴

Broncoaspiraciones:

Los atragantamientos constituyen uno de los mayores peligros a esta edad y sus consecuencias pueden ser muy graves. Por ello se recomienda:

- Utilizar juguetes adecuados a su edad, y en el caso de que tenga hermanos mayores, evitar que queden piezas pequeñas al alcance del bebé. No darles de comer frutos secos (pipas, maíz tostado, cacahuetes, avellanas, etc.) ni alimentos con hueso como aceitunas, cerezas, etc. Se deben evitar hasta pasados los 4 años ya que son la primera causa de atragantamiento en los niños.

- Se debe tener mucho cuidado con los globos y los trozos de globo, no deben llevarlos a la boca porque pueden obstruir la vía respiratoria.^{24,25}

Intoxicaciones:

Se entiende como intoxicación la lesión o muerte celular causada por inhalación, ingestión, inyección o absorción de una sustancia tóxica o veneno.

Se dice que el 90 % de estos hechos ocurren en el hogar en Estados Unidos en el 2014, el envenenamiento fue la séptima causa de muerte por lesiones en niños menores de 1 año. Los envenenamientos no fatales son los más comunes. Las sustancias más habituales que provocan estos hechos son las de uso domésticos. Las intoxicaciones accidentales tienen una máxima incidencia el primer año de vida. Cualquier sustancia tóxica: insecticidas, medicamentos, artículos de limpieza, solvente, pinturas, cáusticos, cosméticos, etc. (Cada sustancia debe estar en su verdadero envase. Como ya se ha comentado, conviene evitar dormir con dispositivos como estufas o braseros encendidos; es muy importante revisar la instalación de gas periódicamente y mantener los termos y quemadores en buen estado.²⁴

Otras causas de lesiones:

- Madres solteras.
- Madres adolescentes sin apoyo familiar.
- Madres con múltiples hijos.
- Casas que no reúnen las condiciones estructurales habitacionales adecuadas para el entorno seguro de un niño.
- Madre o padre dependientes de alguna sustancia que interfiera en el correcto cuidado de sus hijos.
- Desconocimiento de factores de riesgo contribuye a la ocurrencia de lesiones.
- Madre o padre con determinada patología psiquiátrica que afecte su capacidad de raciocinio.
- Violencia familiar.
- Padres trabajadores que, por falta de disponibilidad de espacios en los círculos infantiles, tienen que optar por dejar a sus niños con cuidadores cuenta pro pistas que en ocasiones no cuentan con el entrenamiento apropiado para esta labor.
- No debemos llamar "caramelo" a los medicamentos, ni tratar de convencerlos de su rico sabor.
- Cualquier sustancia tóxica: insecticidas, medicamentos, artículos de limpieza, solvente, pinturas, cáusticos, cosméticos, etc. (Cada sustancia debe estar en su verdadero envase y con una etiqueta con su nombre. Jamás debemos colocar una sustancia tóxica en un envase que pueda confundirse con otra bebida. (Ejemplo: envases de gaseosas)²⁵

Lugares de la casa más propensa a la ocurrencia de lesiones:

En la Cocina

- Los niños nunca deben permanecer en la cocina
- No dejemos nunca el horno abierto.
- Cuando cocinemos debemos usar las hornillas de atrás colocando las manijas de las cacerolas hacia adentro.

- Controlemos que las llaves del gas se encuentren cerrados en ambientes donde se encuentran los niños. Las emanaciones de gas pueden intoxicarlos.
- Enseñemos a los chicos a no tocar las perillas de la cocina.
- No utilicemos manteles que cuelguen demasiado. Los niños pueden tirar de ellos y volcarse encima todo lo que se encuentre sobre la mesa.
- Tengamos cuidado al trasladar los platos o cacerolas con líquidos calientes.
- Cubiertos al alcance de las manos (especialmente si son de colores llamativos).
- Frascos y vasos de vidrio que se rompen con facilidad no dejarlo al alcance de ellos.
- Envases variados (especialmente de gaseosa o de jugo) usados para almacenar productos potencialmente tóxicos por ingestión o por contacto, que los más pequeños pueden agarrar o tomar por error. ²⁶

Prevención:

- La mejor prevención es la supervisión permanente de un adulto responsable. Un minuto sin “vigilancia” puede ser suficiente para generar una situación de riesgo.
- No dejar cerca de las mesadas, sillas o bancos que los niños puedan usar para trepar.
- Los fósforos y encendedores de llama o de chispa deben estar fuera de su alcance.
- La cocina no debe ser lugar de juegos ni de “paso obligado” para los niños (en la medida que exista otra alternativa) y menos aún durante el tiempo de preparación de las comidas.

Baño:

El baño es uno de los lugares del hogar donde ocurren accidentes con frecuencia.

- Ahogamiento por inmersión; es importante saber que un niño pequeño puede ahogarse en muy pocos centímetros de agua, sin ruido y en pocos segundos.
- Las bañeras “cóncavas” y el piso mojado son causa frecuente de caídas y de golpes con otros elementos del baño.
- Quemaduras con agua caliente.

Prevención:

- Disponer de adecuada iluminación.
- Electrocución al manipular secadores de pelo o afeitadoras eléctricas enchufadas.
- Tener a mano todos los elementos necesarios para la higiene del pequeño antes de comenzar.
- No dejar NUNCA a un bebé solo en el baño, así como tampoco al cuidado de otro menor.
- Mantener la superficie del baño lo más seca posible evitando así caídas no solo del bebe sino también de la madre con él en brazos.
- En caso de recibir una llamada telefónica, no atender el teléfono hasta sacar al bebé del agua.
- En la bañera no ofrecer juguetes pequeños o desarmables porque mojados o jabonados pueden ser tragados fácilmente.
- Vaciar por completo la bañera inmediatamente después de usarla: recuerde que un niño puede ahogarse en pocos centímetros de agua.
- La tapa del inodoro debe estar baja, ocluyendo el orificio. Los niños no se deben parar sobre ella ya que su resistencia es relativa.
- El piso de cualquier tipo de bañera o ducha debe ser de material antideslizante.
- El termostato del agua caliente debe regularse por debajo de los 50° C. En el caso de no contar con termostato, aconsejamos que los adultos verifiquen la temperatura del agua con el codo o el dorso de la mano antes de sumergir al niño.
- La instalación eléctrica debe ser segura, poseer disyuntor y los enchufes deben estar altos
- No dejar aparatos electrónicos al alcance de los niños (por ejemplo, secador de pelo o afeitadoras) aunque estén desenchufados.
- No dejar medicamentos ni sustancias tóxicas al alcance del niño.
- Recordar los niños imitan lo que ven hacer en el baño a sus padres o hermanos mayores, por lo tanto, el ejemplo es la primera norma de prevención.^{26,27}

Dormitorio:

En el dormitorio, además de las horas dedicadas al sueño, los niños pasan muchos momentos del día, desarrollando actividades diversas: jugar, ver televisión, etc.

Riesgos:

- Dejar al bebé solo arriba de la cama o el cambiador.
- Camas debajo de las ventanas porque permiten el acceso a las mismas.

Prevención:

- Son preferibles los estantes a los cajones, pues no tienen el riesgo de aprisionar los dedos al cerrarlos.
- Es conveniente evitar el cristal en la parte superior de las mesas de luz y todo otro mobiliario.
- La mesa de luz de los padres no debe contener objetos que sean peligrosos para los niños.
- Las cunas un riesgo frecuente son las caídas, ya sea porque las barandas no tienen la altura suficiente o porque la distancia entre barrotes es muy grande.
- Las sogas o hilos de los juguetes colgantes (móviles, cajas de música, etc.) pueden producir lesiones e incluso auto estrangulamiento.
- Los brazos o piernas del bebé pueden quedar atrapados en caso de que exista un espacio vacío entre el colchón y la base de la cuna.
- Dejar bolsas plásticas u otros objetos en la cuna ya que pueden provocar el sofocamiento del bebé.
- Los bebés pueden desarmar parcialmente los colchones o almohadones rellenos de goma espuma, y llevar este elemento a su nariz, boca u oído que les puede causar atragantamiento o una infección crónica grave.
- El material del cual estén hechas las cunas (maderas, metales o plásticos) no debe tener astillas, puntas agudas o aristas filosas. Los ángulos deber ser redondeados. La base de sustentación debe ser segura y estable (sin ruedas).
- La distancia entre los barrotes laterales debe ser tal que no permita el pasaje de la cabeza de un bebé, aun de pocos meses (6 cm). La altura de la baranda debe ser igual a la de un

bebé “parado” sobre el colchón (60 cm).

- La posición boca abajo es un riesgo para los bebés hasta los 6 meses de edad o hasta que puedan darse vuelta por sus propios medios. Por ello se los debe acostar boca arriba, sin almohada, con la cabeza ampliamente descubierta y sus pies “apoyados” en la parte inferior de la cuna.

- También es importante que nadie fume en el ambiente donde duerme el niño, aun cuando este no se encuentre en esa habitación.

- Uso de repelentes de insectos si se utilizan aerosoles con insecticidas (mosquitos, polillas, moscas) debe ventilarse adecuadamente la habitación antes de que los niños se vayan a dormir. Jamás usarlos mientras duermen y sin renovación de aire. ^{27,28}

Elección de cuidadoras:

Sabemos que el cuidado de los niños cuando los padres no están en casa es un aspecto que cada familia resuelve de acuerdo con sus posibilidades y que esta decisión tiene que ver con factores económicos, culturales y afectivos.

- No conviene dejar a los niños al cuidado de preadolescentes o adolescentes. No confundir afecto y simpatía por los pequeños con eficiencia frente a una situación de riesgo.

- Es necesario contar con referencias concretas y confiables sobre la cuidadora. No dejarlos con desconocidas y menos aún con “debutantes” en esta tarea.

- Mostrarle a la cuidadora toda la vivienda, haciendo hincapié en los lugares de riesgo.

- Las instrucciones sobre la vestimenta, la alimentación y la eventual administración de medicamentos deben ser orales y escritas, breves y precisas. La cuidadora no debe tomar iniciativas personales en estos aspectos.

- Lo ideal es que la cuidadora tenga una comunicación rápida y permanente por vía telefónica con los padres.

- Indicarle que no deje, ni siquiera un minuto, solos a los niños dormidos o despiertos, aun cuando sea una cuidadora habitual y experimentada. ^{28,29}

Patios y jardín:

- Recipientes con agua (baldes, palanganas u otro lugar donde se pueda almacenar agua)
Recuerde que el ahogamiento es una causa común de lesiones no intencionales.
- Algunas plantas pueden provocar una intoxicación o envenenamiento si son tocadas o ingeridas. Las plantas con espinas representan también un factor de riesgo.
- Plantas con frutos que puedan ser ingeridos o introducidos por los niños en algún orificio del cuerpo.
- Pozos mal tapados o abiertos y/o desagües sin rejillas.
- Plaguicidas o venenos para insectos, fertilizantes para plantas (líquidos o en polvo). Se debe tener especial cuidado con los raticidas que vienen en granitos de colores ya que resultan muy tentadores para los niños pequeños.
- No permita a los niños menores salir al patio en horas de mucho calor ya que no advierten la temperatura del suelo y pueden sufrir graves quemaduras en la planta de sus pies u otras partes del cuerpo.²⁹

Escaleras

- Si bajamos las escaleras con un bebé en brazos, lo debemos sujetar con un brazo mientras con el otro nos tomamos del pasamano. Este traslado debe hacerlo una persona físicamente apta para esta tarea (ni hermanitos ni ancianos).

Sin embargo, la única forma de disminuir la morbilidad por accidentes y sus serias consecuencias es la prevención. Para ello, un paso previo es identificar los conocimientos que poseen las personas y posteriormente, unificar los esfuerzos de los diferentes sectores de la comunidad para evitar los accidentes.

Respecto a las zonas del hogar donde ocurren los percances, es destacable que más del 18% tienen lugar en la cocina, donde suelen encontrarse los productos y accesorios más peligrosos, seguida por el baño, con casi un 5% de estos siniestros.

Por otra parte, la infancia es la etapa de la vida dedicada a jugar. Para poder hacerlo sin ningún tipo de riesgo es importante concienciar a los fabricantes de juguetes de los peligros que algunos de sus productos pueden suponer para los niños, ya que en 7.779 ocasiones originaron directamente algún tipo de accidente. La legislación actual respecto a este tema

es muy ambigua. Aunque la UE debatió directamente este asunto, en nuestro país aún no se ha llegado a tomar ninguna decisión clara.

La urgencia del problema ha dado lugar a multitud de encuestas, reuniones y publicaciones, pero los esfuerzos para su prevención son realmente difíciles, ya que la solución del problema no concierne exclusivamente al sector salud, sino, que requiere, además de un esfuerzo Intersectorial y Multisectorial, con una estrecha coordinación entre muchas instituciones del estado y las organizaciones de masas.

No hay dudas de que este problema es multifactorial, en el cual interviene una compleja red de factores personales y ambientales. Para su prevención, es necesario profundizar en el conocimiento de los diferentes tipos de accidentes y los factores relacionados, ya que lo accidental de estos acontecimientos sólo radica en sus consecuencias. Al pensar que pueden ocurrir, también se pueden evitar.

En Cuba, la protección de la infancia y la adolescencia se rige por el principio de que “No hay nada más importante que un niño”. El 26 de enero de 1990 nuestro país firmó la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, aunque muchas de sus medidas ya se estaban implementando en el territorio.

Es evidente que los derechos de la niñez y la adolescencia han constituido un objetivo priorizado del estado y de toda la sociedad en Cuba. Las condiciones para asegurar la educación y la salud, así como el disfrute de una vida digna que propicie el desarrollo armónico de la personalidad, Están garantizados en los programas y acciones que permiten obtener indicaciones recomendaciones.^{29,30}

Causas:

En el ambiente físico hay que tener en cuenta la higiene, el hacinamiento, disposición de desechos, y en el ambiente humano, el grado de cultura de las personas que lo cuidan. Sin embargo, en el caso de los accidentes no sucede igual.

En los accidentes el agente puede ser con frecuencia de naturaleza física o química. El aspecto biológico queda reducido habitualmente a las lesiones producidas por golpes al chocar con otros niños o por animales tales como las mordeduras de perros o los golpes producidos por caballos o ganado suelto en el campo. Los accidentes pueden producirse en la vía pública(transito), en lugares públicos, instituciones educativas, centro de

trabajos, de recreación, deportivos, playas, ríos, en el hogar, entre otros

El agente físico puede ser mecánico, térmico, eléctrico. El agente de naturaleza química puede ser una sustancia venenosa (medicamentos, raticidas, plaguicidas, alcohol, cloro, lejía, sosa cáustica, etc.).

Huésped: en el caso de los niños, el huésped es el ser humano en proceso de crecimiento y desarrollo, por lo cual los accidentes varían con la edad. En la medida que el niño se desarrolla y expande sus habilidades, el riesgo de accidente se incrementa.

El hogar ha sido considerado siempre, desde épocas remotas, un lugar seguro, ya que protegía del frío, calor, del agua, de bestias salvajes y de su propia especie.

Actualmente el hogar cobra una gran importancia para la prevención de accidentes, fundamentalmente para las edades extremas de vida.

Durante el 2015 fallecieron en el hogar el 43% de las Broncoaspiraciones alimentarias, el 46% de las caídas, el 39% de los cuerpos extraños y el 13% de los alcanzados por descargas eléctricas.

El 30,3% de las defunciones ocurridas por accidentes en el año 2015 fueron en el hogar. Ese lugar aparentemente seguro y sin riesgos, hay que tomar prevenciones para evitar la ocurrencia de esos sucesos, no tan fortuitos, llamados accidentes, muchas veces de altos costos sociales y económicos para el sujeto y sus familias.

Especialmente para aquellas familias entre cuyos miembros haya niños, se deberán ejecutar acciones preventivas para lograr un hogar más seguro.

Es mucho el tiempo, recursos y amor, que se dedica para llevar a término un embarazo que termine con el nacimiento de un bebé sano. Luego todos los desvelos, limitaciones y empeño que se entregan para su crecimiento óptimo. No solo de la familia, sino también de los organismos implicados donde la salud pública juega un papel sin igual. Es por eso que no nos debemos dejar arrebatar tanto esfuerzo invertido y que todo lo logrado no sea borrado por un instante de descuido.^{30,31,32,33}

DISEÑO METODOLOGICO:

Se realizó un estudio cuasi-experimental, de Intervención Educativa, en el Consultorio Médico número 10, del área de salud perteneciente al Policlínico Julio Grave de Peralta del municipio Holguín, en el período comprendido de marzo del 2018 a abril del 2019, con el objetivo de Implementar un Programa de Intervención Educativa sobre prevención de lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años.

Universo y muestra:

El universo de estudio estuvo constituido por 85 cuidadores de niños menores de cinco años, y la muestra la conformaron 73 cuidadores que se escogieron cumpliendo los criterios de inclusión panificados.

Criterios de inclusión:

- Cuidadores que pertenezcan al consultorio No.10, del Policlínico Julio Grave de peralta.
- Cuidadores con el consentimiento informado a participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Cuidadores con discapacidad auditiva, del lenguaje o cognitivas que dificultaron el nivel de comprensión.

Criterios de salida

- Cuidadores que quieran salir del estudio.

Métodos:

En el transcurso de la investigación se utilizaron los siguientes métodos:

Estadísticos: con el que se logró distribución de frecuencias absoluta en números y por cientos

Teóricos:

Análisis y Síntesis: con los que se valoraron los resultados obtenidos en el orden individual y colectivo de cada una de las etapas del proceso de investigación realizada.

Inducción-Deducción: con los que se determinó el estado actual del problema investigado y sus posibles causas, y la factibilidad de la intervención educativa diseñada.

Histórico-Lógico: con el cual se analizaron los antecedentes históricos que han caracterizado el desarrollo de la capacitación a través del tiempo.

Empíricos:

Encuesta: y dentro de la encuesta se usó el cuestionario; para identificar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa aplicada; y se valoró la factibilidad de la aplicación de las actividades realizadas.

Experimento: pues se realizó una intervención educativa que constituye un cuasi-experimento.

Triangulación de la información: Con los datos obtenidos de la información documental más los datos primarios y métodos de procesamiento estadístico se arribaron a conclusiones.

Recolección de los datos:

Los datos se obtuvieron por medio de la aplicación de los cuestionarios a cada paciente (Anexo 2 - 3), y de las historias de salud familiar e individual de los participantes.

Implementación del Programa de Intervención:

Para dar salida a los objetivos se implementó un Programa de Intervención Educativa en los cuidadores de niños menores de cinco años, el cual se estructuró siguiendo las siguientes etapas:

- Etapa Diagnóstica
- Etapa de Intervención
- Etapa de Evaluación

Etapa diagnóstica: se les explico las características del estudio. A los que desearon participar (Anexo 1), se les aplicó el cuestionario inicial a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada paciente y el nivel de conocimiento acerca de las lesiones no

intencionadas y su prevención (Anexo 2). Para la escala evaluativa se aplicó una clave de calificación (Anexo 4).

Etapas de Intervención: se implementó un programa de módulos de capacitación que incluyeron técnicas participativas, con 30 minutos de duración y una frecuencia quincenal, por un período de tres meses.

3 - Etapa de evaluación:

Al finalizar la intervención se realizó la actividad evaluativa (Anexo 3). Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención. El nivel de conocimiento se evaluó usando las preguntas evaluativas del cuestionario inicial.

Temáticas tratadas en el Programa de Intervención

INTERVENCION EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre prevención de lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años.

Total de horas: 3

PLAN TEMÁTICO Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Temas	Título	Tiempo
I	Presentación de la intervención educativa.	30 minutos
II	Aspectos generales sobre las lesiones no intencionadas	30 minutos
III	Principales lesiones no intencionadas.	30 minutos
IV	Prevención de lesiones no intencionadas.	30 minutos
V	Actividad Evaluativa.	30 minutos
VI	Conclusiones.	30 minutos

Sesión 1

Tema: Presentación de la intervención educativa.

Objetivo: Explicar la intervención educativa.

Desarrollo: Se inició la sesión con la presentación del moderador y de cada uno de las participantes. Luego se les explicó a los participantes en qué consistía dicha intervención, el tiempo de duración, los propósitos y lo que se pretendía lograr al finalizar la misma.

Técnica: Conferencia.

Responsable: Autor.

Duración: 30 minutos.

Sesión 2

Tema: Aspectos generales sobre las lesiones no intencionadas.

Objetivos: 1. Explicar el concepto de lesiones no intencionadas.

2. Explicar su repercusión mundial, regional, en Cuba y la localidad.

3. Aplicar la encuesta diagnóstica.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se organizó el grupo, se realizaron preguntas al azar ¿Conoce usted que significa el término de lesiones o daños no intencionados?, ¿conoce usted con qué frecuencia ocurren? Cada participante pudo expresar su criterio de forma libre y espontánea, con disciplina, sin temor de ser burlado o cuestionado. Se aplicó la encuesta diagnóstica. (Anexo 2).

Técnica: Conferencia.

Responsable: Autor.

Duración: 30 minutos.

Sesión 3

Duración: 30 minutos.

Tema: Principales lesiones no intencionadas.

Objetivo: Proveer en los participantes conocimientos sobre las principales lesiones no intencionadas.

Desarrollo: Se inició la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procedió a desarrollar la clase, durante la cual el coordinador informa a los participantes los aspectos relacionados con la temática. En la conferencia se abordarán las principales lesiones no intencionadas, como por ejemplo caídas, broncoaspiración, asfixia, quemaduras, electrocución, intoxicaciones, accidentes del tránsito, cortaduras, colecho.

Responsable: Autor.

Técnica: Conferencia.

Duración: 30 minutos.

Sesión 4

Tema: Principales medidas para su prevención

Objetivo: Proveer a los participantes de conocimientos sobre las medidas para prevenir las lesiones no intencionadas.

Desarrollo: Se efectuó una conferencia donde se abordaron elementos concretos sobre la prevención de las lesiones no intencionadas como, por ejemplo: Mantener lejos del alcance de los niños medicamentos, productos de limpieza, sustancias tóxicas o calientes. Subir los barandales de cunas y corrales. Sellar tomacorrientes, mantener los cables eléctricos elevados. No dejar al alcance de los menores instrumentos filosos y/o pequeños como monedas, botones. Mantener a los niños alejados del área de la cocina. No acostar niños, en particular los recién nacidos con sus padres. Mantener vigilancia y control en las actividades del niño.

Responsable: Autor

Técnica: Conferencia.

Duración: 30 minutos.

Sesión 5

Tema: Actividad evaluativa.

Objetivos: Realizar la actividad evaluativa para conocer el grado de aprendizaje de los participantes.

Desarrollo: Se aplicaron las preguntas evaluativas siguientes:

Luego de haber participado en nuestras clases sobre lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años, las cuales tuvieron como principal objetivo incrementar sus conocimientos sobre los mismos y con ello lograr su prevención, podría usted responder las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce usted algunos ejemplos de lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años? Enumere la mayor cantidad que conozca.
2. ¿Conoce usted algunas medidas para prevenir lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años? Enumere la mayor cantidad que conozca.

Responsable: autor.

Técnica: Cuestionario.

Duración: 30 minutos.

Sesión 6

Tema: Conclusiones.

Objetivos: Dar a conocer los resultados de la actividad evaluativa y conocer el grado de satisfacción con la actividad realizada.

Desarrollo: Se inició la sesión con un breve recordatorio de todos los temas anteriores, se dieron a conocer los resultados de la evaluación y se aplicó la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogerán las opiniones sobre la capacitación recibida. Se les comunicó a todos los integrantes de la investigación el agradecimiento por su participación e interés mostrado en cada una de las sesiones impartidas.

Responsable: autor.

Técnica: Lluvia de Ideas.

Duración: 30 minutos

Operacionalización de las variables:

variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Menores de 20 años	Según años cumplidos	Números y Porcientos
		20 - 35 años		
		36 - 50 años		
		51- 65 años		
		66- 80 años		
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino	Según sexo biológico	Números y Porcientos
		Femenino		
Nivel escolar	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar	Se tuvo en cuenta los niveles de escolaridad establecidos según el Instructivo para la confección de Historia Clínica Familiar de la carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud.	Números y Porcientos
		Primaria terminada		
		Secundaria Terminada		
		Pre- universitario		
		Universitario		

Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiante	Según la ocupación que refiere el encuestado.	Números y Porcientos
		Trabajador		
		Sin vínculo laboral.		
		Pensionado		
Conocimiento sobre tipos de lesiones no intencionadas antes del estudio	Cualitativa Ordinal	Excelente	Cuidadores que conocen ejemplos de lesiones no intencionadas antes de las actividades educativas, según clave de calificación.	Números y porcientos
		Bueno		
		Regular		
		Malo		

Conocimiento sobre tipos de lesiones no intencionadas luego del estudio	Cualitativa Ordinal	Excelente	Cuidadores que conocen ejemplos de lesiones no intencionadas después de las actividades educativas, según clave de calificación.	
		Bueno		
		Regular		
		Malo		
Conocimiento sobre prevención de Lesiones no intencionadas antes del estudio	Cualitativa Ordinal	Excelente	Cuidadores que conocen medidas para prevenir lesiones no intencionadas antes del estudio, según clave de calificación.	Números y Porcientos
		Bueno		
		Regular		
		Malo		

Conocimiento sobre prevención de Lesiones no intencionadas luego del estudio	Cualitativa Ordinal	Excelente	Cuidadores que conocen medidas para prevenir lesiones no intencionadas después del estudio, según clave de calificación	Números y Porcientos
		Bueno		
		Regular		
		Malo		

Técnica de Procesamiento y Análisis de la Información:

La información recopilada en los cuestionarios se procesó de forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora VIT-I5, se utilizó el paquete SPSS versión 10.0, lo que permitió la confección de tablas estadísticas, en las que se presentaron los resultados. La discusión de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos, comparándolos con los resultados de otros estudios similares. Los textos fueron elaborados en Microsoft Word y las tablas en Excel. Los resultados obtenidos se ubicaron en tablas de asociación de variables, aplicándoles el método porcentual para facilitar su análisis y discusión. Todos los análisis realizados permitieron llegar a las conclusiones del trabajo y ofrecer recomendaciones.

Consideraciones éticas:

Esta investigación llevó implícito contribuir a mantener y preservar la salud integral, lo que deviene en una permanente tarea priorizada de nuestro sector.

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la declaración de Helsinki, lo cual quedó plasmado en el consentimiento informado (Anexo 1). Se brindó información a los participantes relacionados con los objetivos y procedimientos para el estudio. La participación en el mismo fue totalmente voluntaria y con carácter anónimo. Se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes, se aplicó una encuesta previa para determinar el nivel de conocimientos, luego se implementó el programa de intervención educativa, en el que se realizaron sesiones de trabajo de 30 minutos, quincenal y durante 3 meses.

Análisis y discusión de los resultados:

Luego de la revisión del tema; mediante el cual concluimos que tiene una gran importancia por ser una gran causa de morbilidad y mortalidad en Cuba y el resto del mundo; y de aplicarse el programa de intervención educativa, pudimos obtener los siguientes resultados; los cuales serán descritos y discutidos en tablas numéricas y porcentuales. Cabe acotar que no existen muchos estudios con los que comparar los mismos, pues la mayoría de los trabajos consultados que se dedican a este tema son estudios descriptivos sobre la incidencia de las lesiones no intencionadas, y no sobre actividades educativas con los cuidadores para prevenir las mismas.

Tabla 1. Distribución de cuidadores según edad y sexo.

Edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
20- 35	37	50.7	1	0.01	38	52.0
36- 50	21	28.8	1	0.01	22	30.1
51- 65	11	15.06	0	0	11	15.2
66-80	2	2.73	0	0	2	2.7
Total	71	97.26	2	2.74	73	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

La tabla 1; muestra la distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la edad y al sexo, encontrándose la mayor cantidad de los participantes en el grupo de

edades de 20 a 35 años para un total de 38; lo que constituye el 52 % de la muestra de estudio, siendo las mujeres el sexo predominante con 71 cuidadoras lo que representa un 97.26 %

Lo cual coincide con un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal, México, en el período de agosto de 2009 a julio de 2010, por un colectivo de autores. Donde se refleja que los principales cuidadores de los menores son: las madres (55.2%), las abuelas (30.2%), tías (7.6%) y el padre (3.5%), predominando el sexo femenino e igualmente el grupo de edades de 20 a 40 años.³²La autora concuerda con los resultados pues considera que; desde la época del matriarcado históricamente la mujer es la encargada del cuidado de la descendencia, y en cuanto al grupo de edades predominante se arribó a la conclusión que es la etapa más frecuente el grupo de 20 a 35 años; pues es donde la mujer biológicamente se encuentra en la máxima expresión de su capacidad reproductiva.

La tabla 2; muestra la distribución de la muestra de estudio de acuerdo al nivel educacional de los cuidadores, siendo el más representativo el preuniversitario con 49 cuidadores para un 67.13%.

Tabla 2. Distribución cuidadores según nivel escolar.

Nivel escolar	Nro.	%
Primaria sin terminar	0	0
Primaria terminada	3	4.10
Secundaria Sin terminar	4	5.5
Secundaria terminada	12	16.43
Pre-universitario	49	67.13
Universitario	5	6.84
Total	73	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

El presente estudio coincide con los resultados encontrados en el estudio de Schalamon y un colectivo de autores, en 2006, el que muestran una asociación entre nivel educativo de los cuidadores y la capacidad para incrementar sus conocimientos.³³

La autora coincidiera que el nivel escolar es un aspecto muy importante, pues al tener un nivel de conocimiento elevado facilitará una buena comprensión de las actividades educativas y la aplicación de la información recibida en la práctica de la vida diaria y con ello lograr conseguir el objetivo fundamental del estudio.

Tabla 3. Distribución cuidadores según su ocupación.

Ocupación	Nro.	%
Estudiante	7	9.6
Trabajador	33	45.2
Sin vínculo laboral	28	38.4
Pensionado	5	6.8
Total	73	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

La tabla 3; muestra la distribución de la muestra de estudio de acuerdo a su ocupación, el grupo de los trabajadores fue el más representativo con un total de 33 cuidadores para un 45.2%.

Lo que coincide con los trabajos de un colectivo de autores del Programa de Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios. Ayuntamiento de Madrid, donde se refleja; que el cuidado de los niños cuando los padres no están en casa es un aspecto que cada familia resuelve de acuerdo con sus posibilidades y que esta decisión tiene que ver con factores económicos, culturales y afectivos y que dejar al niño en una guardería o con un cuidador implica un incremento en la probabilidad de lesiones.²⁸

La autora considera que este es un grupo muy importante de estudio, pues es precisamente la persona trabajadora la que tiene la necesidad de dejar a sus hijos con otra para desarrollar su actividad profesional.

La tabla 4; muestra la distribución de la muestra de estudio de acuerdo al grado de conocimiento sobre los tipos de lesiones no intencionadas antes del estudio el cual se consideró como regular con 31 cuidadores ubicados en esta categoría, que representaron el 42.5%; y luego del estudio se evidenció el incremento del conocimiento ya que se comportó en un nivel bueno con un total de 36 cuidadores para un 49.3%

Tabla 4. Distribución de cuidadores según nivel de conocimientos sobre tipos de lesiones no intencionadas.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Excelente	5	6.8	22	30.2
Bueno	27	36.9	36	49.3
Regular	31	42.5	15	20.5
Malo	10	13.7	0	0
Total	73	100	73	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Resultados que se contradicen con los de la Doctora Mariela Hernández en su trabajo, titulado, “Información sobre prevención de accidentes en adultos y niños a su cuidado”; donde se refleja que el 80 % de los cuidadores tenían conocimientos suficientes antes de brindárseles información.³⁴

Resultados que coinciden con los de la Doctora Idalmis Paumier Rodríguez, y autores en su trabajo, “Programa Intervención Educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años”, en el año 2014, donde durante la aplicación del programa de intervención educativa la mayor parte de las madres presentaron bajo nivel de conocimientos generales sobre prevención de accidentes lo cual se incrementó significativamente al concluir el estudio.³

La autora considera que a pesar de tener varias vías de información (radio, televisión, prensa) la población no tiene los conocimientos suficientes sobre el tema, y se pueden incrementar los mismos con actividades educativas didácticas y directas.

Tabla 5. Distribución de cuidadores según nivel de conocimientos sobre prevención de Lesiones no intencionadas.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Excelente	6	8.2	35	48
Bueno	30	41.1	22	30.1
Regular	27	37	16	21.9
Malo	10	13.7	0	0
Total	73	100	73	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

La tabla 5; muestra la distribución de la muestra de estudio de acuerdo al grado de conocimiento sobre formas de prevención de lesiones no intencionadas antes del estudio el cual se consideró como bueno con 37 cuidadores ubicados en esta categoría, que representaron el 41.1%; y luego del estudio se evidenció el incremento del conocimiento ya que se comportó en un nivel excelente con un total de 35 cuidadores para un 48%.

Resultados que se contradicen con los de la Doctora Mariela Hernández en su trabajo, titulado, “Información sobre prevención de accidentes en adultos y niños a su cuidado”; donde se refleja que el 80 % de los cuidadores tenían conocimientos suficientes antes de brindárseles información.³⁴ Resultados que coinciden con los de la Doctora Idalmis Paumier Rodríguez, y autores en su trabajo, “Programa Intervención Educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años”, en el año 2014, donde durante la aplicación del programa de intervención educativa la mayor parte de las madres presentaron bajo nivel de conocimientos generales sobre prevención de accidentes lo cual se incrementó significativamente al concluir el estudio.³ La autora considera que a pesar de tener varias vías de información (radio, televisión, prensa) la población no tiene los conocimientos suficientes sobre el tema, y se pueden incrementar los mismos con actividades educativas didácticas y directas.

CONCLUSIONES:

En el estudio realizado la mayoría de los cuidadores se encontraron en el grupo entre los 20 a 35 años de edad, predominó el sexo femenino y el nivel educacional preuniversitario terminado, en su mayoría trabajadores.

Después de aplicada la intervención el nivel de conocimiento sobre los tipos de lesiones no intencionadas, y su prevención aumentó de forma considerable en los participantes del estudio.

RECOMENDACIONES:

Realizar labor educativa sobre la prevención de lesiones no intencionadas en los círculos de gestantes, lactantes y transicionales.

Desarrollar una correcta puericultura tanto prenatal como posnatal; incluyendo en las guías anticipatorias como tema fundamental las lesiones no intencionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Valdez Lazo F. Accidentes en pediatría. In: Colectivo de autores. Pediatría I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 157-168.
2. Dorta-Figueroa M, Godo-González M, Castellón-González C, González-Hermida A, Portal-Amador M, Rosell-García I. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2019 Mar 5]; 11(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2323>
3. Paumier Rodríguez, Idalmis y colectivo de autores. Programa de intervención educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años. Multimed; 18(3) ,2014.Citado 2 de feb. 2019.
4. Tierraseca Serrano ME, Gómez Fernández E, López Romero MD. Accidentes en edad pediátrica que conllevan a estado crítico. In: Ibarra Fernández AJ, editors. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales [Internet]. Madrid. 2012. [cited 5 feb. 2019 Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo160/capitulo160.htm>.
5. Mazorra Ibáñez R, Hernández Mazorra D, Pérez J, León Vera M, Ortega O, Bravo I. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA NIÑEZ POR ACCIDENTES EN EL HOGAR. Mediacentro Electrónica [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited February 28, 2018]; 14(3): 215-221. Available from: MediacLatina.Disponible en <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=80259428-6eac-4c21-9c1a-1a56134dcf16%40sessionmgr103>
6. Fuentes Pacheco S, Martínez Pérez R, González Casañas BY, González González JE. Comportamiento de los accidentes en menores de 15 años. Revista de Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2010 [cited 4 Feb. 2018]; 16 (1): [aprox. 9p]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_1_10/hab1
7. Chávez la Rosa Y. González Arancibia A. Morbilidad por accidentes en el niño. Año 2006.Citado 22 de febrero de 2018.Apr 10p disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol1%202006/tema06.htm>

8. The Injury Prevention Program (Copyright © American Academy of Pediatrics, Updated 11/2012.Citado 22 de febrero de 2018. Aprox 1p Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/toddler/Paginas/Safety-for-Your-Child-2-to-4-Years.aspx>
9. Dubowitz H, Lane WG. Abused and neglected children. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016: chap Cited by 28 feb 2018.Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007578.htm40>.
10. Mazur PM, Hernan LJ, Maiyegun S, Wilson H. Child abuse. In: Fuhrman BP, Zimmerman JJ, eds. Pediatric Critical Care. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 122.Cited by 4 feb 2018.Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007578.htm40>.
11. Gorrita Pérez, Y. Diferentes factores de riesgo de accidentes en niños menores de cinco años. Revista de ciencias médicas Habana14 (3) Jul- Dic 2008.CUMED.
12. Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones no intencionadas. Asociación Española de Pediatría.Disonible en <http://www.aeped.es/comite-seguridad-y-prevencion-lesiones-no-intencionadas> en la infancia
13. Anuario Estadístico de Salud, 2017.Edicion 46.2018.Disponible en:www.Sld.cu/sitios/dne.
14. Santienteban, Raidel.Lesiones no intencionadas en niños menores de un año, 2018.
15. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Instituto de Información Sanitaria) e INE. Disponible en:<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud/ValoresAbsolutos.pdf>
16. Estadísticas sanitarias mundiales. OMS.2018 Disponible en:http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/es
17. Guía de accidentes. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.2013.
http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/accidentes_completo_18022013.pdf

18. Informe europeo para la prevención lesiones en la infancia Universidad de Navarra. OMS 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/prevLesionesOMS.htm>
19. Informe Mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños. OMS. UNICEF. 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/InformeprevLesionesMundial.htm>
20. Informe Mundial sobre traumatismos causados por el tránsito. Resumen. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/accidentesTrafico/informeMundial.htm>
21. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad por causas. 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/prov/I0/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>.
22. Lesiones no intencionales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/accidentesyLesiones.htm>
23. Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia. Disponible en <http://faros.hsjdbcn.org/es/seguridad>.
24. Lesiones Unión Europea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/UE.htm>
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Campañas - Campañas 2007- Prevención de accidentes infantiles.
26. Observatorio Toxicológico. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Disponible en: www.seup.org/pdf_public/gt/intox_observatorio.pdf.

27. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. Previnfad 2011.
http://www.aepap.org/previnfad/rec_accidentes_domesticos.htm.
28. Área de salud y Consumo. Dirección de Servicios de Higiene y Salud Pública. Departamento de Salud. Depósito legal: M25242-2000.
29. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Disponible en:
<http://www.seup.org/gt/gtintoxicaciones.html>
30. Zayas Mujica R, Cabrera Cárdenas U, Simón Cayón D. ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales? Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. Rev. Cubana Pediatría. 2007; 79(1).
31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500043>.
32. Colectivo de autores... Prevención de lesiones no intencionadas en niños menores de 5 años. Instituto mexicano del seguro social. Julio 2010.
33. Schalamon, H. Ainoedhofer, G. Singer, T. Petnehazy, J. Mayr, K. Kiss. Analysis of dog bites in children who are younger than 17 years. Pediatrics. 2006; 117:e374-9. [Links]
34. Hernandez, Mariela, y autores. Información sobre prevención de accidentes en adultos y niños a su cuidado. Revista cubana de higiene y epidemiología. V39.2001

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo incrementar los conocimientos en cuidadores sobre lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años a partir de una Intervención Educativa. Estoy dispuesto a participar en el estudio y permito el uso de la información obtenida mediante las encuestas por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Conozco que la investigación está basada en evaluar inicialmente los conocimientos sobre lesiones no intencionadas y su prevención, y partiendo de ello aplicar una intervención educativa que nos permita perfeccionar esos conocimientos.

Los resultados obtenidos no tienen fines diagnósticos sino investigativos y de capacitación, por lo cual autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos, siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad.

Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones por eso, y sin que se afecten las relaciones existentes. Mis familiares pueden participar y están de acuerdo en que yo lo haga. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento

Nombre y Apellidos _____

Firma _____ Fecha _____ Lugar _____

Firma del testigo _____ Firma de la autora _____

Anexo 2

Cuestionario Preliminar

Lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años

Policlínico Docente "Julio Grave de Peralta, Holguín".

El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se exploran diversos aspectos relacionados con lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años. Necesitamos su colaboración con el propósito de conocer el nivel de conocimiento respecto a la temática.

Por favor lea con cuidado cada pregunta antes de responder. Le agradecemos su participación y que conteste honestamente lo que le preguntamos. Le recordamos que este es un documento estrictamente confidencial. Gracias por su cooperación.

1. ¿Cuál es su edad? _____

2. ¿Cuál es su sexo?

M_____ F_____

3. ¿Cuál es su grado escolar?

4. ¿Cuál es su ocupación?

5. ¿Conoce usted algunos ejemplos de lesiones no intencionadas en niños?

Enumere la mayor cantidad que conozca.

6. ¿Conoce usted algunas medidas para prevenir lesiones no intencionadas en niños? Enumere la mayor cantidad que conozca.

Anexo 3

Examen Luego del Estudio

Luego de haber participado en nuestras clases sobre lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años, las cuales tuvieron como principal objetivo incrementar sus conocimientos sobre los mismos y con ello lograr su prevención, podría usted responder las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce usted algunos ejemplos de lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años? Enumere la mayor cantidad que conozca.

2. ¿Conoce usted algunas medidas para prevenir lesiones no intencionadas en niños menores de cinco años? Enumere la mayor cantidad que conozca.

Anexo 4

Clave de los cuestionarios

Pregunta No.1 No da puntaje.

Pregunta No.2 No da puntaje.

Pregunta No.3 No da puntaje.

Pregunta No.4 No da puntaje.

Pregunta No.5 Nivel de conocimiento sobre tipo de lesiones.

No conoce...0 puntos	Malo
De 1 a 2...3 puntos	Regular
De 3 a 4... 4 puntos	Bueno
Más de 5...5 puntos	Excelente

Posibles respuestas: caídas, broncoaspiración, asfixia, quemaduras, electrocución, intoxicaciones, accidentes del tránsito, cortaduras, colecho (DORMIR CON EL NIÑO).

Otras que se consideren correctas.

Pregunta No.6.Nivel de conocimiento sobre prevención de lesiones.

No conoce...o. puntos	Malo
De 1 a 2...3 puntos	Regular
De 3 a 4.....4 puntos	Bueno
Más de 5.....5 puntos	Excelente

Posibles respuestas: Mantener lejos del alcance de los niños medicamentos, productos de limpieza, sustancias tóxicas, sustancias calientes. Subir los barandales de cunas y corrales. Sellar tomacorrientes, mantener los cables eléctricos elevados. No dejar al alcance de los menores instrumentos filosos y/o pequeños como monedas, botones. Mantener a los niños alejados del área de la cocina. No acostar niños, en particular los recién nacidos con sus padres. Mantener vigilancia y control en las actividades del niño. Otras que se consideren correctas.

Nota:

Las preguntas que otorgan calificación tienen la misma puntuación tanto en la parte diagnóstica como evaluativa.