



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIATEMALCO QUE PREDISPONEN A LA PRESENTACIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

ALVAREZ RESILLAS AURORA
ALVAREZ ROBLES LUZ MARÍA
GIL FLORES GRISELDA
SANDOVAL ALVA SOTERO

249142

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. CRISTINA MUGGENBURG RODRÍGUEZ VIGIL



MÉXICO, D. F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ÍNDICE

	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	4
II. PROBLEMA.....	5
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. MARCO DE REFERENCIA.....	7
1. DEFINICIONES SOBRE FACTOR DE RIESGO.....	7
2. ESTADÍSTICAS DE MORBIMORTALIDAD.....	8
3. ¿QUÉ ES UN ACCIDENTE?	9
4. LESIONES TRAUMÁTICAS.....	11
4.1 HERIDAS.....	11
4.2 CONTUSIONES.....	13
4.3 FRACTURAS.....	14
4.4 ESGUINCES.....	15
4.5 LUXACIONES.....	16
4.6 QUEMADURAS.....	16
4.7 AHOGAMIENTO O ASFIXIA.....	19
4.8 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.....	21
4.9 INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO.....	21
5. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.....	22
6. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA PRESENCIA DE ACCIDENTES.....	25
7. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR.....	27
8. ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	30
V. OBJETIVOS	32
VI. METODOLOGÍA	33
VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	35
VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39

IX.	CONCLUSIONES	43
X.	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	46
XI.	BIBLIOGRAFÍA	52
XII.	ANEXOS.....	55
	1. CUADROS DE MORBIMORTALIDAD DEL INEGI	56
	2. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA FAMILIAR.....	68
	3. CUADROS DE LA INVESTIGACIÓN.....	75

INTRODUCCIÓN

Los accidentes son sucesos súbitos e inesperados que en los últimos años se han estado incrementando notablemente volviéndose un problema de salud pública que se hace necesario estudiar. Dentro de los grupos vulnerables en donde con mayor frecuencia se presenta son en los niños principalmente entre los 2 y 5 años de edad debido a su desarrollo psicomotor.

Las cifras de morbimortalidad nos muestran que los accidentes se encuentran para 1998 en 1er. lugar en el ámbito nacional en general, y en el Distrito Federal en segundo lugar para niños entre 2 y 5 años de edad, para 1999.

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar las características individuales, familiares, de seguridad en la vivienda y de la persona al cuidado del niño, que más se asocia con la ocurrencia de lesiones accidentales en el hogar en niños de 2 a 5 años de edad de la Comunidad de San Luis Tlaxiatemalco. Para ello se realizaron visitas domiciliarias entrevistando a las personas encargadas del cuidado de los niños y la observación directa de sus viviendas.

Este trabajo incluye la descripción de los resultados, los cuales se muestran por medio de cuadros de concentración con su respectivo análisis. Los resultados reflejan la existencia de factores de riesgo en todas las viviendas en menor o mayor grado, sobresaliendo inseguridad de las casas, falta de seguridad del niño, productos tóxicos y peligrosos al alcance de los niños, falta de áreas adecuadas de recreación, nivel socioeconómico bajo, nivel de conocimientos y escolaridad insuficiente, y características de personalidad del niño (hiperactividad, inquietud, agresividad y curiosidad).

De 107 niños en estudio, el 42% se accidentó siendo las lesiones traumáticas más comunes, las contusiones, heridas y quemaduras recibiendo aproximadamente solo la mitad atención médica.

Los resultados orientaron hacia la posibilidad de realizar un programa educativo de intervenciones de enfermería, que haga conciencia en los integrantes de la familia de los factores de riesgo existentes en su vivienda y como controlarlos, disminuirlos o modificarlos para así mantener el bienestar de los niños.

PROBLEMA

**FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LA
COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO QUE
PREDISPONEN A LA PRESENTACIÓN DE
ACCIDENTES EN EL HOGAR EN NIÑOS DE 2 A 5
AÑOS DE EDAD.**

JUSTIFICACIÓN

El notable ascenso que ha experimentado la morbilidad por accidentes en el hogar en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco se ha hecho importante en los últimos meses, haciéndose indispensable que el equipo de salud tome medidas para detectar factores de riesgo y prevenir daños a la salud a los que están expuestos los niños. De ahí la importancia de que los Licenciados en Enfermería y Obstetricia conozcan dichos riesgos presentes, tanto en el niño como en su medio ambiente, para así, prevenir o limitar un daño a la salud.

Dada la importancia del problema en estudio y la ausencia de investigaciones que den cuenta de los factores de riesgo que determinan la ocurrencia de lesiones en el hogar en niños entre 2 y 5 años en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, se realizó esta investigación, donde se identificaron y definieron los factores de riesgo que influyen en la presencia de dichos accidentes y así proponer estrategias de solución que contribuyan a mantener el estado de bienestar de este grupo vulnerable y al mismo tiempo incidir en la disminución de su morbimortalidad en esta comunidad.

Se tomó este grupo de edad, porque en este período los niños ya tienen un gran avance en su desarrollo psicomotriz, empiezan a valerse por sí mismos y ha explorar el mundo ellos solos.

MARCO DE REFERENCIA

I. DEFINICIONES SOBRE FACTOR DE RIESGO.

RIESGO.

Es la posibilidad o probabilidad que tiene un individuo, una familia o una comunidad de padecer un daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Una probabilidad es una medida de algo incierto, por lo tanto, el riesgo es una medida de una probabilidad estadística de un suceso a futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias. Cuando la probabilidad del daño es conocida se puede prevenir, tratar oportunamente, reducir o limitar, utilizando así el enfoque de riesgo con fines preventivos.

FACTOR.

Cualquiera de los elementos que contribuyen a un resultado.¹

FACTOR DE RIESGO.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en el individuo, familia o comunidad asociada con el aumento de la probabilidad de que ocurra un daño a la salud (OMS, 1972).

Según John M. Last el término "factor de riesgo" se usa con 3 connotaciones distintas:

- I. Un atributo o exposición que se asocia con la probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- II. Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.

¹ GARCÍA, Pelayo Ramón y Gross. Diccionario Larousse de la Lengua Española. Ediciones Larousse, México 1997, pp. 1696.

- III. Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores puesto que su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser biológicos (ciertos grupos de edad), ambientales (abastecimiento deficiente de agua), de comportamiento (fumar), relacionadas con la atención a la salud (baja calidad de atención), socio-culturales y económicos.

La importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

DAÑO A LA SALUD.

Se entiende como daño la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico, que puede ser una enfermedad, una incapacidad o la muerte.

2. ESTADÍSTICAS DE MORBIMORTALIDAD.

A nivel del D. F., en el aspecto de morbilidad, los traumatismos y envenenamientos se ubican en 2do. lugar en la población en general de acuerdo a los egresos hospitalarios en las instituciones públicas del sector salud en 1998, sobresaliendo las fracturas con 20,774 casos, traumatismos y heridas con 16,950 casos, quemaduras y corrosiones con 1792 casos, para así abarcar un 7.5% dentro de los 10 principales diagnósticos de egreso (ANEXO 1: Cuadro 5.11 y gráfica 5.4 del INEGI).

Por otra parte dentro de las veinte principales causas de muerte en el ámbito hospitalario en instituciones públicas del D.F., los accidentes se encuentran en 2do. lugar en las causas externas de morbi-mortalidad con un total de 674 casos, mientras que en las 10 principales causas de muerte se localizan en el lugar 9 con un 3.5%. (ANEXO 1: Cuadro 5.12 y gráfica 5.4. del INEGI).

Es importante mencionar que dentro de las principales causas de mortalidad general en el ámbito nacional para 1998, se encontró que los accidentes ocupan el cuarto lugar en toda la República Mexicana con 35,517 defunciones por cada 1000 habitantes (ANEXO 1: Cuadro 3.1 del INEGI). Con respecto a las principales causas de mortalidad en personas de 1 a 4 años en el D.F. en el año de 1998, los accidentes se encuentran en primer lugar, principalmente por ahogamiento y sumersión accidentales, presentándose 414 defunciones por cada mil habitantes (ANEXO 1: Cuadro 3.5 del INEGI).

4. LESIONES TRAUMÁTICAS.

Según el tema, del cual se está hablando, el término que se propone para referirse de manera concreta a los daños a la salud, es el de lesión traumática, el cual se define como un daño físico, resultado de una exposición a agentes químicos, mecánicos y físicos.³

Dentro de las lesiones traumáticas más frecuentes encontramos heridas, fracturas, luxaciones, contusiones, quemaduras, ahogamiento por aspiración de cuerpos extraños y en agua, intoxicaciones y mordeduras de perro.

La cabeza, los miembros torácicos y pélvicos son las partes anatómicas que con mayor frecuencia sufren una lesión traumática.

Los elementos principales que intervienen en la ocurrencia del accidente son: el agente causal, los accidentados y el ambiente. Los agentes causales son los factores que producen directamente caídas, asfixias, quemaduras, ingestión de tóxicos, heridas, etc.⁴

4.1 HERIDAS.

Es la pérdida de continuidad de cualquier tejido a excepción del óseo, o la interrupción de la continuidad de las células, por lo tanto la cicatrización de la herida es la restauración de la continuidad.

La aparición de una herida puede causar una amplia variedad de efectos:

- Pérdida total o parcial del funcionamiento del órgano (amputación).
- Respuesta del sistema nervioso simpático (estrés).
- Hemorragia.
- Contaminación bacteriana.
- Necrosis.

PATOLOGÍA

Inmediatamente al ocurrir la lesión, las estructuras vasculares dañadas se trombosan comenzando así la exudación de fluidos en el área dañada, este líquido viene de la sangre y la linfa, comienza el proceso de inflamación. Hay agrupamiento de leucocitos a lo largo de las paredes vasculares, fagocitosis de microorganismos, depósito de fibrina en el vaso, destrucción de detritus por los macrófagos y finalmente migración de fibroblastos a la zona y desarrollo de células normales nuevas. Los tejidos del área isquémica lesionada son lisados y removidos, por proceso natural de nuestro organismo.

³ Idem.

⁴ MOSBY. Diccionario de Medicina. Edit. Océano, Colombia 1996, pp.1437.

CLASIFICACIÓN

- a) Heridas superficiales: Todas aquellas que penetran hasta tejido adiposo.
- b) Heridas profundas: Alcanzan a lesionar vasos, vísceras, nervios y músculos.

TIPOS DE HERIDAS.

- Heridas incisivas o por corte: Son hechas por un corte limpio con un instrumento afilado. La herida se desliza de las superficies de la piel, de tal manera que pierde toda relación normal, causada por la presión aplicada.

Características:

- a) Son más largas que profundas.
- b) Tienen bordes regulares y bien definidos.
- c) Frecuentemente son trazos rectilíneos.

En este tipo de heridas, el corte comienza y termina hasta el fondo, y la profundidad es igual de un extremo a otro.

- Herida corto-contusa: Causadas por la aplicación de fuerza y se caracteriza por lesión considerable de partes blandas, hemorragia e inflamación.
- Heridas perforantes: Es ocasionada por instrumentos largos y puntiagudos como agujas y clavos, pueden ser profundas o superficiales.
- Heridas por punción o perforo-cortantes: Son ocasionadas por proyectil de arma de fuego y puñales, dejando orificios pequeños en la piel, pero la herida es profunda.
- Herida por desgarro o laceración: Son producidas por:

- a) Compresión: La piel sufre la acción de fuerzas externas, que la comprimen contra un plano subyacente.
- b) Tracción: Presenta desgarro o arrancamiento de tejido como en las mordeduras de animales.

Características:

- Bordes irregulares.
- Son frecuentes las complicaciones de infecciones por la muerte de tejido.

- Heridas por excoriaciones: Es una herida superficial, causada por una fricción en la cual se pierde la epidermis y parte de la dermis, son dolorosas ya que involucran terminaciones nerviosas.
- Heridas limpias: Efectuadas en forma aséptica, en intervenciones quirúrgicas.

TRATAMIENTO.

El tratamiento se inicia con la clasificación de la herida, por medio del interrogatorio breve, verificando si hay o no penetración en cavidad, impotencia funcional o cuerpo extraño.

Todas las heridas se van a lavar de preferencia con jabón antiséptico (isodine) y se enjuagan con solución fisiológica o agua limpia.

4.2 CONTUSIONES.

Una contusión es el aplastamiento y rotura de vasos sanguíneos de un músculo generalmente a un nivel superficial (cercano a la piel). La causa es siempre un golpe violento. La gravedad depende en su mayor parte de dónde se ha recibido el golpe.

Las contusiones suelen ser el resultado de traumatismos contusos. Ocasionan lesiones vasculares con extravasación de sangre a los tejidos. La hemorragia de manera usual se controla de forma rápida por mecanismos hemostáticos. Los eritrocitos presentes en el tejido lesionado se degradan con lentitud. Los diversos pigmentos liberados de la descomposición de la hemoglobina son las causantes de los cambios en el color rojo, que pasa por morado, negro, verde y pardo⁵.

En las lesiones más intensas, puede detectarse una cantidad suficiente de sangre en los tejidos para originar un abultamiento distintivo (hematoma).

No hay que confundir contusión con hematoma. Este último es el síntoma visible, la coloración morada de la piel a causa del derrame de sangre interno, y puede ser causado por una contusión o por una lesión de otro tipo (una fractura y luxación, un desgarre muscular, etc...).

Las contusiones se provocan regularmente en la piel, pero también es posible que se presenten en órganos internos, donde cabe que causen una disfunción significativa.

⁵ CHANDROSONA, Pasakaramá. Patología General. Edit. Manual Moderno, México, 1998, pp. 1090.

SÍNTOMAS.

Se nota tensión en el músculo y la piel, y el dolor suele ser intenso. A veces se produce hematoma, pero no siempre (depende de la profundidad a la que estén los vasos sanguíneos rotos y del volumen de la hemorragia).

TRATAMIENTO.

Aplicar frío (pero no hielo). A veces es conveniente aplicar un vendaje compresivo, pero no debe mantenerse por mucho tiempo (unos 20 minutos. Si es necesario, tras ese tiempo se afloja el vendaje y 5 minutos después se vuelve a poner).

Después de lo anterior aplicar una pomada anti-inflamatoria y analgésica, si no hay lesión en la piel. Si la contusión es importante y se produce en una pierna, habrá que mantenerla en alto, de ser posible durante unas horas.

No se debe dar masaje ni frotar.

4.3 FRACTURAS.

Lesión traumática de un hueso caracterizado por interrupción de la continuidad del tejido óseo. Las fracturas se clasifican de acuerdo con el hueso afectado, la parte del hueso interesado y por la naturaleza de la rotura. Pueden producirse por golpes, por fatiga y por sobrecarga.

CLASIFICACIÓN.

- a) Expuestas: Cuando una porción del hueso aflora de la piel ocasionando una herida con hemorragia.
- b) Cerrada: Cuando permanece dentro de la piel, es decir no se detecta en el exterior.
- c) Parcial: La rotura a través del hueso es incompleta.
- d) Completa: La rotura a través del hueso es completa, de forma que el hueso se divide en dos o más piezas.
- e) Cominuta: El hueso se ha astillado en el lugar del impacto y entre los dos fragmentos principales se encuentran fragmentos más pequeños.
- f) En tallo verde: Fractura parcial en la que uno de los lados del hueso se rompe y el otro se arquea; sólo ocurre en los niños.
- g) Transversal: Fractura que forma un ángulo recto con el eje mayor del hueso.
- h) Espiral: El hueso suele separarse y girar.
- i) Impactada: Uno de los fragmentos está firmemente incrustado en el otro.
- j) Desplazada: No se conserva alineación anatómica de los fragmentos.
- k) No desplazada: Se conserva la alineación anatómica de los fragmentos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Rubor.
- Hematoma.
- Deformidad.
- Cianosis.
- Herida.
- Hemorragia.
- Dolor.
- Incapacidad física.
- Pérdida de la sensibilidad.
- Crepitaciones.

TRATAMIENTO.

Fractura cerrada: Inmovilizar.

Fractura expuesta: Cohibir la hemorragia con presión indirecta cubriendo de preferencia con gasas estériles y humedecidas con solución fisiológica. No mover demasiado la zona, para no causar más daño. Valoración neurocirculatoria distal y signos vitales.

COMPLICACIONES.

- Necrosis vascular.
- Osteoartritis.
- Rigidez articular.
- Embolia no grasa.

4.4 ESGUINCES.

Es una lesión en los ligamentos que rodean las articulaciones por desgarre de los vasos capilares y/o las fibras del ligamento, pudiendo ocasionar un hematoma. Los esguinces se producen al estirar o forzar con exceso los ligamentos por un golpe o una torsión forzada.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Dolor intenso en la articulación.
- Inflamación de la zona afectada.
- Pérdida de la fuerza en la zona afectada.
- Limitación del movimiento.

TRATAMIENTO.

- Inmovilizar la zona afectada.
- Aplicar frío (bolsas de hielo) durante 15 a 20 minutos, cada 3-4 horas, durante 1 a 2 días.
- Aplicar después calor de 15 a 30 minutos, 4 veces al día para favorecer la absorción.

- Colocar vendaje compresivo para dar apoyo a las articulaciones.
- Disminuir la actividad y mantener un reposo aproximado de un mes.

4.5 LUXACIÓN.

Es una lesión de las articulaciones, se produce cuando las superficies óseas de la articulación pierden contacto anatómico. Las luxaciones pueden producirse por movimientos bruscos.

CLASIFICACIÓN.

- a) Luxación simple: Hay daño solo en la cápsula de los ligamentos.
- b) Luxación complicada: Involucra nervios y vasos sanguíneos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Dolor intenso.
- Inflamación.
- Pérdida de la fuerza.
- Deformidad.
- Reducción del movimiento de la articulación.

TRATAMIENTO.

- Inmovilizar el área afectada.
- Aplicar frío y posteriormente calor.
- Vendaje compresivo.
- Fijar reducción de luxación.
- Guardar reposo absoluto hasta completarse la rehabilitación.

4.6 QUEMADURAS.

Es una lesión de los tejidos del cuerpo producida por calor, electricidad, sustancias químicas o gases, cuya extensión viene determinada por el grado de exposición de las células al agente y por la naturaleza de éste. Las causas más comunes son las llamas (calor seco) y sustancias calientes (agua, vapor de agua, aceites, etc...). Los niños son especialmente susceptibles a este tipo de quemaduras. La cocina y el baño constituyen el sitio de mayor ocurrencia de éstas lesiones.

CAUSAS DE QUEMADURAS.

1. Cuerpo en combustión.
2. Cuerpos calientes.
3. Corriente eléctrica.
4. Ácidos y cáusticos.
5. Radiaciones.

La severidad de una quemadura depende de la profundidad de la herida, extensión, región corporal, lesión inhalatoria y enfermedad preexistente.

Una quemadura causa efectos sistémicos, los cuales son:

- a) Pérdida de agua, plasma y proteínas plasmáticas, lo que causa un shock, la permeabilidad capilar aumenta y permite que el líquido y las proteínas se mueven del espacio vascular al intersticial.
- b) Reducción de la circulación sanguínea, conforme aumenta la pérdida de líquidos y disminuye su volumen en el sistema vascular, el gasto cardíaco cae y disminuye la presión sanguínea.
- c) Disminución en la producción de orina.
- d) Pérdida del control de la temperatura.

La infección bacteriana es una complicación de las quemaduras.

CLASIFICACIÓN

Las quemaduras son heridas que poseen características tridimensionales, esto significa que una herida de quemadura presenta en el mismo plano extensión y profundidad aunado a un antecedente patológico previo en caso de haberlo.

La severidad de una quemadura depende de:

- **Profundidad de la herida:** A mayor profundidad, mayor severidad. Las quemaduras superficiales curarán espontáneamente, mientras que quemaduras profundas requerirán injertos.
- **Extensión:** A mayor área dañada mayor severidad. Se relaciona estrechamente la extensión con la cantidad de tejido dañado.
- **Región corporal:** Una quemadura en un área funcional (ejemplo, cara, manos, pies, articulaciones y periné) es más difícil de tratar y más propensa a discapacidades y/o desfiguraciones.
- **Lesión inhalatoria:** Causa insuficiencia respiratoria severa como resultado de lesiones, edema y obstrucción del árbol laringotraqueo-bronquial y alveolar.
- **Enfermedad Preexistente:** Personas saludables y bien nutridas están mejor equipadas para sobrevivir a una quemadura severa que aquellas con un compromiso preexistente de salud.

PROFUNDIDAD.

- **Quemaduras de primer grado:** Solamente lesiona la capa más superficial de la piel; la epidermis. No hay pérdida de continuidad de la piel, por lo tanto no se ha roto la capacidad protectora antimicrobiana. Estas quemaduras raramente poseen significado clínico a parte del dolor. No producen alteración histológicamente permanente. Sus signos cardinales son: Eritema y dolor, su curación total va de 3 a 5 días.

- **Quemaduras de segundo grado:** Estas quemaduras abarcan toda la epidermis y la dermis. En ellas se conservan elementos viables que sirven de base para la regeneración del epitelio glandular, ejemplo: glándulas sudoríparas y sebáceas o del folículo piloso, incluso cuando existe destrucción de muchos de estos elementos. Se subdividen en quemadura de espesor parcial, superficial y espesor parcial profundo.
 - La superficial sólo afecta la epidermis y el nivel más superficial de la dermis. Estas quemaduras son comúnmente producidas por líquidos calientes o por exposición breve a flamas. Se caracterizan por presentar ampollas o flictenas, las cuales constituyen el principal factor diagnóstico, la piel conserva bastante bien su elasticidad normal, dejan una despigmentación de la piel
 - La de espesor parcial profundo: En éstas quemaduras se dañan las capas profundas de la dermis. Estas comúnmente se asocian a la inmersión en líquido caliente o contacto con llamas, se puede presentar dolor dependiendo de la masa nerviosa sensitiva quemada. Estas lesiones curan de forma espontánea pero, muy lentamente, hasta meses, rebasando el tiempo aceptable de 3 semanas, si no cura en este tiempo es posible obtener mejores resultados y reducir la morbilidad con injertos cutáneos. Estas lesiones entran en el umbral de lesiones con criterios quirúrgicos. Estas quemaduras son capaces de producir contracturas articulares, llevando a grados variables de disfunciones músculo esqueléticas.
- **Quemaduras de tercer grado o espesor total:** Estas quemaduras son fáciles de reconocer, su aspecto es blanco o cetrino, carbonizado, con textura correosa o apergamizada. No hay dolor debido a la necrosis de todas las terminaciones sensitivas del área. La piel pierde su elasticidad por lo que si son circulares o se presentan en zonas críticas, ameritan escarotomías. Las quemaduras de tercer grado ocupan todo el espesor de la piel y hasta más profundamente, llegando a quemar grasa subcutánea, aponeurosis, músculos, tendones, nervios, periostio o hueso. Este tipo de quemadura no regenera y se comporta como un tejido necrótico desvitalizado en su totalidad cuya remoción completa es obligatoria mediante debridamiento quirúrgico. Las mayores secuelas de estas quemaduras son cosméticas, funcionales, amputaciones y pérdida de órganos.

POR EXTENSIÓN:

Para quemaduras extensas, tradicionalmente se utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la regla de los nueve, la superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9% cada una, las cuales incluyen: la cabeza y el cuello, el tórax, abdomen, espalda inferior, espalda superior, glúteos, cada muslo, cada pierna, y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante de la superficie corporal total.

TRATAMIENTO.

Las quemaduras de primer grado no requieren atención médica. En las quemaduras por segundo grado se recomienda dejar drenar las vesículas por sí solas para reducir el riesgo de infección, se pueden prescribir antibióticos. Si la quemadura afecta una articulación es necesario rectificar esta última y posiblemente colocar una férula para evitar la contracción permanente de la piel, lo que ocurre al formarse el tejido cicatrizal.

Las quemaduras de tercer grado, en muchos casos después de sufrir quemaduras graves, el paciente cae en shock en cuyo caso puede hacerse reposición de líquidos con soluciones, transfusiones sanguíneas y de plasma para contrarrestarlo. Por lo general se suministra oxígeno, se puede entubar al paciente. El tejido lesionado debe retirarse y el restante cubrirse con un vendaje esterilizado o piel artificial.

4.7 AHOGAMIENTO O ASFIXIA.

La asfixia por ahogamiento debe a la aspiración de líquido, pero puede presentarse por obstrucción de vías respiratorias consecutivas a espasmos laringeos.

CLASIFICACIÓN

- Ahogamiento seco: Casi el 10 de las víctimas presentan espasmos laringeos después de la primera bocanada y nunca aspira agua.
- Ahogamiento húmedo: Laringoespasma inicial pero relajación temprana y aspiración subsecuente de grandes cantidades de líquido.

La secuela rápida de eventos después de la inmersión se observa en 5 ó 10 minutos.

FISIOPATOLOGÍA.

Una persona es denominada en primer lugar por el pánico, moviéndose violentamente por el agua aspirando grandes bocanadas de aire, en sus esfuerzos por sobrevivir, pero cuando ya no es capaz de mantenerse a flote empieza a sumergirse, penetrando grandes cantidades de agua a través de su boca y nariz. Cuando el agua llega a la epiglotis y penetra en tráquea desencadenando un movimiento espasmódico reflejo en la laringe que cierra el conducto respiratorio de una manera tan efectiva que en realidad sólo una pequeña cantidad de agua alcanza a entrar en los pulmones, la hipoxia resultante pronto conduce a la inconsciencia.

El ahogamiento en agua dulce produce hemodilución y hemólisis, el ahogamiento en agua salada produce hipovolemia y hemoconcentración, en el agua dulce los líquidos fluyen de los pulmones a la sangre, y en el agua salada fluye de la sangre a los pulmones, presentándose el edema pulmonar. En las dos circunstancias las medidas de urgencias son las mismas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Inconsciencia, semi - inconsciencia y alerta.
- Cianosis.
- Tos y vómito.
- Trismo (afección del V nervio craneal: trigémino, que impide la apertura de la boca).

- Apnea.
- Taquipnea.
- Sibilancias.
- Edema pulmonar.
- Taquicardia.
- Arritmias.
- Hipotensión.
- Shock.
- Paro cardíaco.

ATENCIÓN DE URGENCIAS.

- a) Asegurarse que las vías respiratorias de la persona estén libres e iniciar de inmediato la respiración artificial de boca a boca, tal vez sea necesario soplar con mayor fuerza si la persona aun esta en el agua debido a la presión que ejerce la misma sobre su tórax.
- b) Aplicar la técnica de RCP. Si no hay actividad cardíaca motora.
- c) Administrar oxígeno ya sea con resucitador a presión positiva o de una unidad de mascarilla.
- d) No desperdiciar tiempo tratando de expulsar agua de los pulmones.
- e) Trasladarlo de inmediato y conservar el calor del paciente.

AHOGAMIENTO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS EN EL SUJETO EN ESTADO DE CONCIENCIA

Con mucha frecuencia se presenta este problema en ancianos sin dientes o con prótesis dental, personas que ingirieron bebidas alcohólicas y al tragar alimentos sin masticarlos.

Si la persona puede susurrar, el problema es un espasmo laríngeo y obstrucción parcial más que completa, se sugiere:

- a) Dar golpes en la espalda, si la persona no puede hablar se le flexiona y dan 4 golpes fuertes en la espalda (zona inter-escapular) en sucesión rápida con el talón de la mano. Si la persona aunque sea, susurra, se golpea la espalda solamente sin flexionar.
- b) Si los golpes no eliminan la obstrucción, la persona que proporciona la asistencia aplicará la maniobra de Heimlich, colocándose por detrás del paciente y rodeando con sus brazos su cintura; se coloca un puño en el abdomen entre la escotadura del esternón y el ombligo, se toma el puño con la otra mano y se comprime hacia arriba el abdomen con 4 empujones a manera de pistón. Se repiten los golpes en la espalda o la compresión hasta que de resultado.
- c) Si la persona pierde la conciencia, se coloca en posición supina sobre el suelo y se utiliza la compresión abdominal, si no es posible esto por embarazo o pacientes menores de 4 años, o personas obesas se utiliza la compresión cardíaca externa sobre el esternón.

Las complicaciones de la compresión abdominal son laceraciones hepáticas, rupturas gástricas, vómito, aspiración, fracturas costales y luxaciones costocentrales.

4.8 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

Después de sufrir un golpe en la cabeza, el niño debe ser observado para valorar si se presenta algún síntoma que haga sospechar una lesión del cerebro.

- Tendencia persistente a dormir o dificultad para despertarse.
- Visión borrosa o movimientos anormales de los ojos.
- Dificultad para caminar o falta de fuerza en una extremidad.
- Convulsiones: Movimientos anormales de la cara, de los brazos o de las piernas que no ceden al coger al niño.
- Vómitos persistentes.
- Un comportamiento poco habitual, como llorar más tiempo de lo común, parecer confundido o estar marcado:
- Salida de sangre o de un líquido claro por la nariz o el oído.
- Dolor de cabeza intenso o dolor en el cuello.
- Desviación de la boca o de ojos.
- Presencia de una herida abierta.

TRATAMIENTO.

Inmediatamente después de sufrir el golpe se debe de aplicar hielo para disminuir el hematoma, ofrézcale una dieta líquida o blanda sin forzar. Si tuviera dolor de cabeza, se le debe administrar analgésicos (paracetamol o ácido- acetilsalicílico).

Después de un golpe en la cabeza es frecuente que los niños presenten vómito y tengan ganas de dormir. No se debe mantener al niño despierto a toda costa. Cuando duerma se debe despertar cada tres horas. El pequeño debe despertarse con facilidad. Asegurarse de que el niño habla y mueve los brazos y piernas correctamente. Valorar el nivel de conciencia en un niño mayor. Los síntomas resultantes de un golpe en la cabeza se pueden desarrollar días, semanas o meses más tarde⁶.

4.9 INTOXICACIÓN.

Condición o estado físico producido por la ingestión, inyección, inhalación o exposición a una sustancia tóxica.⁷

Las intoxicaciones infantiles más comunes son producidas por la ingestión involuntaria de medicamentos, productos domésticos, metales pesados, alimentos y pesticidas.

⁶ CARITG, José. *Problemas de Salud en la Infancia*. Edit.. Colimbo, México, pp. 35.

⁷ MOSBY. Op cit. pp. 651.

TRATAMIENTO.

Ante la sospecha de intoxicación hay que:

- a) Identificar el tóxico si es posible.
- b) Disminuir su absorción.
- c) Aumentar su eliminación.
- d) Neutralizar su efecto. Tratamiento específico de las complicaciones.⁸

Es muy importante, como medida para identificar el tóxico, recoger información sobre las circunstancias de la ingesta, nombre del producto, forma de presentación, aplicaciones o indicaciones, cantidad ingerida y tiempo transcurrido desde la ingesta.

Para disminuir la absorción del tóxico, lo más útil es provocar el vómito, el cual se debe realizar antes de 4 horas, siendo el método más utilizado el estímulo faríngeo con los dedos. El vómito está contraindicado cuando se han ingerido cáusticos, ácidos minerales, estricnina o destilados del petróleo o en caso de que el niño esté dormido o tenga convulsiones.

Después de inducir el vómito se puede administrar antídotos para neutralizar el efecto del tóxico: aceite de olivo y carbón activado.

5. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.

El desarrollo psicomotor del ser humano está relacionado directamente con la maduración del sistema nervioso, que se va presentando y avanzando conforme al crecimiento del individuo. Por ello el niño tendrá ciertas características motrices, lenguaje, conducta adaptativa y personal-social de acuerdo a su edad.

DE 2 A 3 AÑOS.

En este período de tiempo el niño se caracteriza por:

- Tener un progreso significativo en su lenguaje puesto que su musculatura oral está madurada, emplea el yo y los pronombres mío, mi y tú además de tener un sentido de sí mismo muy vigoroso. Comienza a preguntar, comprende la mayoría de las palabras y las frases que se le dicen. Predominan en él los nombres de las cosas, personas, acciones y situaciones, se llama así mismo por su nombre. Habla frecuentemente mientras actúa y ejecuta lo que dice.

⁸ CARITG. Op. cit. pp. 36.

- Posee rodillas y tobillos más flexibles lo que le permite correr y tener progreso importante sobre su control postural, sube y baja las escaleras por sí mismo poniendo ambos pies en cada peldaño para después hacerlo poniendo un pie por cada escalón. Salta con ambos pies y camina sobre la punta de los pies cuando se lo piden. Puede brincar en una pierna y patear una pelota.
- La coordinación manual continua progresando, construye torres de 6 a 8 dados (acomoda los cubos en puentes), voltea las páginas de un libro en forma individual, gira las perillas de las puertas, se pone los zapatos, los calcetines y los pantalones (ayuda a vestirse y desvestirse) se lava y se seca las manos el solo. Reproduce una línea vertical o un círculo en el papel o en la arena y empieza a realizar maniobras horizontales, así como poder cortar con tijeras y ensartar cuentas en una aguja. Retienen un vaso con seguridad con una sola mano y puede mantener la cuchara en posición correcta mientras la lleva a la boca.
- Tiene tendencia a expresar sus emociones de alegría bailando, saltando, aplaudiendo o riéndose, ya muestra compasión, simpatía, modestia, vergüenza y sentimiento de culpa, además de dramatizar las expresiones emocionales de los adultos.
- Empieza a dar señales de estar convirtiéndose en ser pensante, amplía su atención y memoria, busca juguetes perdidos, recuerda lo que paso ayer y reconoce muchas figuras, puede empezar a identificar algunas letras del alfabeto y se inicia el sentido del color: distingue entre negro y blanco.
- Participa en el juego con otros niños y empieza a comprender que hay otro mundo fuera del familiar.
- Por lo regular amanece seco si orina en la noche antes de acostarse, va al baño sin que le ayuden, excepto para limpiarse.
- Ha empezado a decir no por lógica e imita los hechos domésticos.
- Atiende y obedece ordenes domésticas sencillas.
- Puede empujar una silla hasta un lugar determinado y subirse a ella para alcanzar algún objeto.
- No sabe como pedir ayuda, la necesidad de preguntar no le resulta clara por su incapacidad para considerar a los demás desligados de él.

DE 3 A 4 AÑOS

En este lapso de tiempo el niño se distingue por:

- Desarrollar el sentido del orden, de las cosas y del asco. Esta seguro de sí, emocionalmente se vuelve menos hacia sí mismo. Ya reconoce a otros y la existencia de cosas y seres distintos a él. Gusta de hacer elecciones dentro de la experiencia.
- Habla mucho consigo mismo. Usa palabras para expresar sus sentimientos, sus deseos y problemas, escucha las palabras y las indicaciones realizando pequeños encargos en casa o por alrededores. Sus palabras se separan del sistema motor grueso y se convierten en instrumentos para designar preceptos, conceptos, ideas y relaciones. Se adapta con prontitud a la palabra hablada por los adultos. Pregunta a menudo si ¿esto está bien? y si ¿se hace de esta manera?. Repite 3 dígitos y obedece a 2 mandatos cuando se le pide, además puede comparar 2 objetos. Dice su nombre, su edad y sexo. Pregunta mucho y se interesa por la forma en que nacen los niños.
- Ha dominado lo esencial de la marcha, carrera, escabullida, tirar, parar y volverse. Su correr es suave, aumenta y disminuye la velocidad con mayor facilidad, da vueltas cerradas y domina las cerradas bruscas. Sube las escaleras sin ayuda alternando los pies, baja estas poniendo 2 pies en cada escalón y posteriormente con uno, salta del escalón más bajo y pasea en triciclo. Se para en un pie momentáneamente.
- Duerme toda la noche sin mojarse y atiende sus necesidades el solo durante el día.
- Construye torres de 9 y 10 dados, se viste y se desviste si lo orientan, sabe desprender los botones accesibles y desatar y quitarse los zapatos y pantalones. Imita una cruz, dibuja un monigote con cabeza y tronco, para lo cual requiere de demostración y posteriormente lo hará con sólo el modelo. Maneja una cuchara, sostiene adecuadamente un lápiz, se alimenta solo y puede servirse de una jarra.
- Reconoce 2 a 3 colores, lo alto y lo bajo, atrás y adelante. Escucha cuentos y pide que le repitan los que le gustan.
- Juega con otros niños y expresa afecto por hermanos (as); se pasea solo y hace visitas.

DE 4 A 5 AÑOS.

Las características principales de los niños de esta edad son:

- Muestran mucha seguridad verbal, son refinados y dogmáticos por su manejo de palabras e ideas. Elaboran e improvisan preguntas interminablemente, les gustan los juegos de palabras. El porqué y los cómo aparecen en las preguntas. No les gusta repetir las cosas y hablan de manera inteligible. Puede contar hasta 4 o más de memoria, su mentalidad es más activa que profunda y su pensamiento es consecutivo y combinatorio más que sintético.

- Representan independencia y sensibilidad.
- Corre con facilidad, se lanza, salta se balancea y desciende escaleras colocando un solo pie por escalón. Realiza saltos en largo, a la carrera o parada, puede brincar en un solo pie y mantener el equilibrio sobre una sola pierna durante más tiempo.
- Se viste y se desviste solo, se abrocha las ropas y hace el lazo de los zapatos con facilidad, se peina, se lava los dientes y va al baño por sí solo. Empieza a sentirse así mismo como uno solo entre muchos.
- Dibuja un hombre con cabeza, miembros y partes principales, copia un cuadrado y un triángulo, cuenta con los dedos y conoce los días de la semana, reconoce más de 4 colores. Aprecia altura y forma, distingue lo grande y lo pequeño.
- Muestra gran interés por palabras nuevas y su significado y se interesa en las actividades de los adultos.
- Le gusta escuchar historias y las puede repetir.
- Protesta cuando no quiere hacer las cosas.

6. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA PRESENCIA DE ACCIDENTES

Los accidentes son el resultado final de innumerables factores, los cuales incluyen la edad y sexo del niño, su personalidad e inteligencia, el resultado de imitar a otros, y el ejemplo de sus padres y amigos; se relacionan con su grado de desarrollo, movilidad, habilidad para alcanzar objetos y trepar, su deseo de aprender y explorar y, sobre todo su incapacidad para saber por experiencia las consecuencias de lo que esta haciendo.⁹

En general los factores de riesgo comprenden: desarrollo psicomotor, madre trabajadora o sobreprotectora, falta de espacio para jugar, búsqueda de atención, hambre, enfermedad en casa, cambio de ambiente, falta de disciplina, acceso a objetos peligrosos, condiciones peligrosas en el hogar y falta de información sobre accidentes.

Para la población infantil el hogar puede llegar a constituir un ambiente peligroso y un factor determinante en la ocurrencia de lesiones porque esta población se caracteriza por encontrarse en una etapa en la cual se aprende a través de experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación, causa-efecto, etc.

LACTANTE MAYOR.

Los accidentes son una causa importante de muerte durante la lactancia en especial entre los 2 a 3 años de edad. El niño va adquiriendo capacidades locomotoras y

⁹ ILLINGWORTH, Donald. El Niño Normal. México, 1993.

manipulativas cada vez mayores, que se suman a su insaciable curiosidad por el medio ambiente. Se pueden agrupar a los accidentes en las siguientes categorías: aspiración de cuerpos extraños, asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y lesiones corporales.

Principales factores de riesgo en esta etapa:

- Madre trabajadora.
- Condiciones peligrosas en el hogar.
- Presencia de objetos y juguetes rodantes.
- Instalaciones eléctricas descubiertas.
- Falta de almacén seguro para sustancias tóxicas y medicamentos.
- Maltrato físico.

PREESCOLAR.

Se caracteriza por mejorar sus habilidades motoras finas y burdas, la coordinación y el equilibrio hacen que los preescolares estén propensos a caídas y sufrir fracturas, luxaciones, esguinces y heridas.

Tienden a ser temerarios y hacer más caso de las normas paternas y estar más consciente de los posibles peligros, como serían objetos calientes, instrumentos afilados, las alturas, etc.

Ha desaparecido casi por completo el hábito de llevarse los objetos a la boca como una forma de explorarlos, aunque persiste el riesgo de intoxicaciones. Las posibilidades de ser atropellados por un vehículo aumentan a raíz de actividades como jugar en la calle, conducir un triciclo, correr detrás de la pelota u olvidar las normas de seguridad al cruzar la calle.

Entre los factores de riesgo en esta etapa se encuentran:

- Edad.
- Desinformación sobre accidentes.
- Falta de almacén seguro para fármacos y sustancias tóxicas.
- Presencia de objetos y juguetes rodantes.
- Maltrato físico.
- Contacto domiciliario con detergentes y solventes.
- Condiciones peligrosas en el hogar y vía pública.
- Madre trabajadora.

La población en edad preescolar disfruta de las actividades físicas corriendo y saltando, llegando a veces a sobrestimar sus habilidades, lo que los lleva a realizar actividades inseguras, más allá de sus posibilidades y si a esto le agregamos un ambiente falto de seguridad, como sucede en la mayoría de los hogares, la probabilidad de lesiones se incrementa.¹⁰

¹⁰ JORDAN, J. R. El Crecimiento del Niño, Barcelona 1998.

Las características de las personas que se accidentan con mayor frecuencia se relacionan con:

- a) Edad: Los accidentes son más comunes a partir del año de edad.
- b) Sexo: Se accidentan más los varones por su actividad o tipo de juego.
- c) Personalidad: los accidentes son más comunes en los niños hiperactivos, agresivos y curiosos.
- d) Ambiente: Influye en la producción de accidentes cuando hay falta de luz en escaleras, tóxicos dejados en un lugar accesible al niño, agua caliente al alcance de los menores.
- e) Aspecto social: Las situaciones que más influyen son:
 - Bajo nivel socioeconómico que suele causar marginación, hacinamiento y abandono.
 - La violencia y la competitividad.
 - Falta de lugares apropiados para juegos y deportes.
 - Ignorancia por parte de los adultos acerca de las potencialidades de los menores para accidentarse.
 - Ausencia temporal o permanente de la madre en el hogar.
 - Inadecuación de las viviendas.¹¹

7. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

La prevención consiste en la disposición que se toma anticipadamente para evitar un riesgo¹² y en este caso nos estamos refiriendo a todas aquellas acciones o actividades que se llevan a cabo para evitar, controlar o disminuir los factores de riesgo con predisposición a producir accidentes.

Los distintos niveles de acción que deben ser considerados para la prevención y control de lesiones, se muestran a continuación:

¹¹ TORROELLA. Op. cit. pp. 134.

¹² Idem.

Las características de las personas que se accidentan con mayor frecuencia se relacionan con:

- a) Edad: Los accidentes son más comunes a partir del año de edad.
- b) Sexo: Se accidentan más los varones por su actividad o tipo de juego.
- c) Personalidad: los accidentes son más comunes en los niños hiperactivos, agresivos y curiosos.
- d) Ambiente: Influye en la producción de accidentes cuando hay falta de luz en escaleras, tóxicos dejados en un lugar accesible al niño, agua caliente al alcance de los menores.
- e) Aspecto social: Las situaciones que más influyen son:
 - Bajo nivel socioeconómico que suele causar marginación, hacinamiento y abandono.
 - La violencia y la competitividad.
 - Falta de lugares apropiados para juegos y deportes.
 - Ignorancia por parte de los adultos acerca de las potencialidades de los menores para accidentarse.
 - Ausencia temporal o permanente de la madre en el hogar.
 - Inadecuación de las viviendas.¹¹

7. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

La prevención consiste en la disposición que se toma anticipadamente para evitar un riesgo¹² y en este caso nos estamos refiriendo a todas aquellas acciones o actividades que se llevan a cabo para evitar, controlar o disminuir los factores de riesgo con predisposición a producir accidentes.

Los distintos niveles de acción que deben ser considerados para la prevención y control de lesiones, se muestran a continuación:

¹¹ TORROELLA. Op. cit. pp. 134.

¹² Idem.



LESIÓN TRAUMÁTICA → INCAPACIDAD TEMPORAL → SECUELAS → INVALIDEZ



CALIDAD DE VIDA

De esta forma se plantea la posibilidad de actuar tanto en la prevención de las causas (ubicadas ya sea en el nivel estructural y en el inmediato), como en la limitación del daño mismo.¹³

En su mayoría los accidentes pueden evitarse. Las acciones para alcanzar tal objetivo son aquellas que combaten la ignorancia por medio de la educación dirigida a padres, niños y a la población en general. Dicha educación debe dar a conocer las bases del comportamiento normal del niño en las distintas edades, informar acerca de los casos más frecuentes de los accidentes y precisar la forma de evitarlos.¹⁴

La prevención de accidentes requiere previsión, tiempo y disciplina por parte de los padres. Previsión para ver o anticipar el peligro posible; tiempo para cuidar al niño y disciplina (expectativa de obediencia y castigo por desobediencia), de manera que conozca los límites de su libertad. Las advertencias como "ten cuidado" son inútiles. Los padres de niños pequeños deben entrenarse a anticipar el peligro y adivinar lo que puede esperarse que él haga en una situación particular. Deben eliminar el peligro y enseñarle como

¹³ MEDINA, Hajar. Accidentes, Violencias y Lesiones Traumáticas. Morelia 1991.

¹⁴ TORROELLA. Op. cit, pp. 98.

manejarlo, hacer conscientes a sus hijos (edad preescolar) de la existencia de peligros potenciales como lo es el agua, el fuego, el gas, etc.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS.

Edad durante la cual ocurren accidentes por la gran actividad del niño puesto que empieza a aprender y a obedecer, su curiosidad va en aumento, por lo cual es necesario:

- Una vigilancia mayor, protegerlo y enseñarlo con el ejemplo así como supervisarlo constantemente.
- Nunca se debe permitir que el niño moleste a los animales.
- Si se tiene como mascota a un perro o gato, verificar que sea vacunado cada año contra la rabia.
- Las puertas que conducen a sitios peligrosos deben estar siempre bien cerradas.
- Las ventanas donde se encuentre el niño deben estar cerradas o protegidas.
- No permitir al niño que juegue en la cocina y menos en la hora de preparar los alimentos.
- Las asa de las ollas debe colocarlas paralelas al frente de la estufa para que el niño no pueda tocarlas y echarse el líquido encima. Los recipientes con objetos calientes deberán colocarse en el centro de la estufa o de la mesa, es decir, fuera del alcance del niño.¹⁵
- No dejar al alcance del niño aparatos eléctricos.
- Nunca debe dejar al niño jugando solo en casa.
- Al romperse un objeto ya sea de cerámica o vidrio, retire los fragmentos inmediatamente y envolver con papel periódico para desecharlos.
- Nunca debe dejar solo al niño en la tina de baño, pilletas o donde haya depósitos de agua.
- Guardar en un lugar alto y, bajo llave los medicamentos y sustancias tóxicas. Llame a los medicamentos por su nombre, no diga a los niños que es una golosina y procure no tomarlos frente a ellos.
- Mantener los productos potencialmente peligrosos fuera del alcance visual y manual de los niños (punzocortantes, herramientas, etc.).
- Conservar los productos en sus envases originales, para saber que es lo que contiene o contenían.
- Enseñar a los niños a no beber o comer cosas que no les sean proporcionadas por los padres.
- Los juguetes no deben ser cortantes y tener un tamaño que les impida tragarlos.
- Hay que explicar a los niños las cosas que no se pueden tocar o usar y prohibirle lo que lo pueda dañar (explicarle el ¿por qué?).
- Mantener y establecer una disciplina firme con ellos.

¹⁵ Idem.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD.

- Instruir al niño en cuanto cómo prevenir accidentes.
- Dar buen ejemplo.
- Proteger escaleras, ventanas y azoteas con barrotes de seguridad.
- Evitar comprarle al niño juguetes peligrosos, los juegos con armas deben excluirse, lo mismo que el uso de triciclos o carritos mal balanceados.
- Impedir que el niño juegue con animales ajenos.
- Almacenar en zonas seguras, con llave o fuera del alcance de los niños, líquidos inflamables, cerillos, encendedores, medicinas, objetos filosos y picudos (cuchillos, tijeras, agujas), substancias tóxicas y armas de fuego.
- No colocar substancias tóxicas en botellas de refrescos.
- No dejar objetos pequeños a su alcance y no lo deje sólo en la tina de baño y en lugares donde haya agua.
- No permitir que entre a la cocina y coloque hacia adentro las asas de los trastes.
- No permitir que jueguen con las llaves del gas.
- Cubrir los enchufes eléctricos, recuerde que les gusta meter cosas en agujeros.
- Colocar en un lugar seguro recipientes con líquidos calientes, nunca en la orilla de la estufa o mesa y menos sobre un mantel que el niño pueda jalar.
- No permitir que el niño corra con alimentos en la boca o cuando lleven objetos punzocortantes en las manos.
- Levantar del suelo los juguetes u objetos con los que el niño pueda tropezar, resbalar y caer.
- Al niño no se le deben dar pistolas de aire, arcos o flechas.

8. ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Una de las principales actividades del personal de enfermería en el área comunitaria, es la educación a los individuos, familias y la comunidad en todos los aspectos que se relacionan con la salud. Su labor educativa se dirige a padres de familia, niños adolescentes, adultos y adultos mayores, proporcionando información sobre hábitos higiénicos – dietéticos, prevención de enfermedades y accidentes, saneamiento ambiental, así como dar a conocer programas y actividades que se estén realizando o implementando en determinada comunidad. Esto se debe llevar a cabo en el consultorio, en la unidad de salud, el hogar, la escuela y en la fábrica; utilizando el material didáctico y método que se requiera según la necesidad.

Los procedimientos de enfermería en la atención primaria a la salud por su sencillez y facilidad de aplicación se consideran de gran valor para fortalecer el proceso de atención integral del individuo, familia y comunidad. Esto orientado al fortalecimiento de crear una cultura del autocuidado y la prevención para conservar un estado óptimo de salud y bienestar.

Las actividades a realizar y los perfiles de éxito para la atención primaria de la salud por parte de enfermería son: difundir e implementar a través de los jefes de enfermeras las políticas y las normas establecidas, integrar un diagnóstico situacional de enfermería,

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD.

- Instruir al niño en cuanto cómo prevenir accidentes.
- Dar buen ejemplo.
- Proteger escaleras, ventanas y azoteas con barrotes de seguridad.
- Evitar comprarle al niño juguetes peligrosos, los juegos con armas deben excluirse, lo mismo que el uso de triciclos o carritos mal balanceados.
- Impedir que el niño juegue con animales ajenos.
- Almacenar en zonas seguras, con llave o fuera del alcance de los niños, líquidos inflamables, cerillos, encendedores, medicinas, objetos filosos y picudos (cuchillos, tijeras, agujas), sustancias tóxicas y armas de fuego.
- No colocar sustancias tóxicas en botellas de refrescos.
- No dejar objetos pequeños a su alcance y no lo deje sólo en la tina de baño y en lugares donde haya agua.
- No permitir que entre a la cocina y coloque hacia adentro las asas de los trastes.
- No permitir que jueguen con las llaves del gas.
- Cubrir los enchufes eléctricos, recuerde que les gusta meter cosas en agujeros.
- Colocar en un lugar seguro recipientes con líquidos calientes, nunca en la orilla de la estufa o mesa y menos sobre un mantel que el niño pueda jalar.
- No permitir que el niño corra con alimentos en la boca o cuando lleven objetos punzocortantes en las manos.
- Levantar del suelo los juguetes u objetos con los que el niño pueda tropezar, resbalar y caer.
- Al niño no se le deben dar pistolas de aire, arcos o flechas.

8. ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Una de las principales actividades del personal de enfermería en el área comunitaria, es la educación a los individuos, familias y la comunidad en todos los aspectos que se relacionan con la salud. Su labor educativa se dirige a padres de familia, niños adolescentes, adultos y adultos mayores, proporcionando información sobre hábitos higiénicos – dietéticos, prevención de enfermedades y accidentes, saneamiento ambiental, así como dar a conocer programas y actividades que se estén realizando o implementando en determinada comunidad. Esto se debe llevar a cabo en el consultorio, en la unidad de salud, el hogar, la escuela y en la fábrica; utilizando el material didáctico y método que se requiera según la necesidad.

Los procedimientos de enfermería en la atención primaria a la salud por su sencillez y facilidad de aplicación se consideran de gran valor para fortalecer el proceso de atención integral del individuo, familia y comunidad. Esto orientado al fortalecimiento de crear una cultura del autocuidado y la prevención para conservar un estado óptimo de salud y bienestar.

Las actividades a realizar y los perfiles de éxito para la atención primaria de la salud por parte de enfermería son: difundir e implementar a través de los jefes de enfermeras las políticas y las normas establecidas, integrar un diagnóstico situacional de enfermería,

participar en la elaboración de programas de trabajo integral de la zona, señalando objetivos y actividades de enfermería con base en el diagnóstico y brindar calidad en la atención de enfermería de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos; participar en la asignación de recursos de enfermería y verificar periódicamente la ubicación del personal de acuerdo a las necesidades de la unidad; participación para evaluar periódicamente el cumplimiento de las funciones correspondientes, participación en los programas de capacitación para personal de enfermería para mantenerse actualizadas y participar de forma propositiva y en conjunto para proponer alternativas y estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención de enfermería.

En la educación para la salud las actividades en las que participa el personal de enfermería están enfocadas a modificar los hábitos y actitudes del individuo para mantener su salud, la de su familia y su comunidad.

La participación de enfermería en cuanto a la prevención y control de los accidentes es crear conciencia en los individuos, familia y comunidad en cómo se producen los accidentes, las causas que los condicionan, las medidas que deben tomarse contra los agentes causantes en el medio y el comportamiento de la población para evitarlos.

Las recomendaciones deben ser específicas según el tipo de accidente que se desea evitar, hay que conocer y reconocer como se originan y tratar de crear actitudes y una conducta de carácter preventivo. Se debe tomar mayor cuidado en los grupos de mayor incidencia, orientar a los padres, maestros, familiares y autoridades. En términos generales la mayoría de los accidentes, excepto los causados por fenómenos naturales son previsible, lo importante para el personal de enfermería es crear conciencia de los accidentes y sobre todo en las medidas que se deben tomar para prevenirlos. En síntesis los accidentes en general son evitables y la mejor medida para prevenirlos es creando conciencia sobre sus riesgos para educar a la población y que adopte un comportamiento adecuado para evitarlos.

OBJETIVOS

I. GENERAL.

Identificar los factores de riesgo que predisponen a la incidencia de accidentes en el hogar en niños entre 2 y 5 años de edad en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, para proponer estrategias de solución a dicha situación, a través de intervenciones de Enfermería.

II. ESPECÍFICOS

Describir los factores de riesgo que originan accidentes en el hogar en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco en niños entre 2 y 5 años de edad.

Conocer que tipo de accidentes en el hogar suceden con mayor frecuencia y las secuelas que originan estos, así como saber la actitud del usuario ante el accidente.

Con base en los resultados, proponer alternativas de solución para prevenir accidentes en el hogar en niños entre 2 y 5 años de edad a través de un programa de intervenciones de enfermería.

METODOLOGÍA

En esta investigación se realizó un estudio de tipo observacional y descriptivo tomando como universo de trabajo a todas las familias de la Comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, y como muestra sólo a 100 de ellas, las cuales se eligieron de forma convencional, 25 de cada módulo.

Los criterios de selección de los casos fueron los siguientes:

Inclusión: Todas aquellas familias que tuvieran niños entre 2 y 5 años de edad de ambos sexos.

Exclusión: Todas aquellas familias que no tuvieran niños entre 2 y 5 años de edad o que no accedieran a la aplicación de la cédula de entrevista familiar.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad de los miembros de la familia.
- Escolaridad de los miembros de la familia.
- Módulo en que vive la familia.
- Ocupación de los miembros de la familia.
- Estado civil de los miembros de la familia.
- Tipo de familia.
- Tiempo en que la madre permanece en el hogar.
- Nivel socioeconómico.
Indicadores:
 - Ingreso económico.
 - Tipo de vivienda.
 - Tipo de construcción (paredes)
 - Tipo de techo.
 - Tipo de piso.
 - Aparatos Eléctricos.
- Área de recreación del niño.
- Miembro de la familia encargada para cuidar al niño.
- Características de personalidad del niño.
- Tiempo que permanece el niño sin vigilancia por adultos.
- Factores de riesgo químicos.
- Factores de riesgo físicos.
- Factores de riesgo biológicos.
- Lesión sufrida por niños entre 2 y 4 años de edad en el hogar.
- Período ocurrido entre el momento de la lesión y tiempo actual.
- Edad en que ocurrió el accidente.
- Causa externa de la lesión.
- Incapacidad o secuela ocasionada por el accidente.
- Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda de la atención médica.
- Fuente de información sobre el servicio al que demanda la atención.
- Grado de conocimientos sobre accidentes y su prevención.

La técnica de recolección de datos fue observación directa y entrevista instrumentada. Se acudió a los domicilios de los usuarios iniciando con una etapa de sensibilización (fase de confianza de la familia) que permitió posteriormente la observación directa de todo el hogar y la identificación de los factores de riesgo existentes en él y al mismo tiempo la aplicación de la cédula de entrevista familiar con la cual se obtuvieron datos muy verídicos, esta visita domiciliaria tuvo una duración aproximadamente de hora a hora y media. La fuente de información fue directa y se estuvo entrevistando a la persona encargada de cuidar al niño, dando preferencia a los padres.

El método de recolección de datos fue un cuestionario (ANEXO 2), cuyo formato estuvo integrado por preguntas abiertas, cerradas, de opción múltiple y de observación por parte del entrevistador, también contó con cuadros de concentración de datos.

La aplicación de dichos cuestionarios estuvo a cargo de nosotros, pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Para facilitar su llenado y ahorrar tiempo se designaron códigos a gran parte de las respuestas de las preguntas incluidas en la cédula y se dio flexibilidad para que el entrevistador tuviera la habilidad de cambiar la estructura de las preguntas según fuera necesario para que se obtuviera la información más fidedigna posible.

El procesamiento de datos se realizó en hojas tabulares donde se registró, concentró y cuantificó la información obtenida. La presentación de los resultados obtenidos fue por medio de cuadros.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a las entrevistas instrumentadas realizadas en la comunidad de San Luis Tlaxialtamalco y al procesamiento de dicha información, se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto a la distribución por edad tenemos que de una muestra total de 194 padres de familia, los extremos dentro de los rangos ocupan los porcentajes más bajos, así encontramos que el 2.06% es para menos de 20 años, 2.58% para 41 a más años; el grueso de la muestra se encuentra insertada dentro del rango de 20 a 30 años con un 71.65%, un 16.49% de 31 a 35 años y sólo un 7.22% de 36 a 40 años (cuadro 1). Con relación a la distribución por edad de los hijos de familia de una muestra de 215, 10.43% son niños de 0 - 1 años, un 53.04 % de 2 - 5 años, 25.65 % de 6 a 10 años, 8.70 % de 11 a 15 años y únicamente el 2.17 % para niños de 16 años o más (cuadro 2). Del total de las familias entrevistadas se encontraron sólo 2 adultos mayores, un 50 % entre 51 - 55 años y el otro 50 % entre 56 - 60 años (cuadro 3). Del total de niños entre 2 y 5 años el 54.20 % corresponde al sexo masculino y el 45.80 % al sexo femenino (cuadro 4). Con respecto a la escolaridad de los padres de familia, del 100% un 33.50 % tiene estudios a nivel primaria, un 51.55 % secundaria, un 7.73 % media superior, 2.58 % superior y con 4.64 % ningún tipo de estudios (cuadro 5).

En cuanto a la ocupación de los padres de familia sobresale principalmente amas de casa con un 45.36 %, empleados con un 22.16 %, obreros (as) con un 9.27 %, campesinos (chinamperos) con un 7.21 %, comerciantes con un 5.14 % y chofer con un 3.61 % (cuadro 6).

El estado civil de los padres de familia que predominó fue el de casados con un 61 %, siguiendo el de unión libre con un 31 % y por último de madre soltera con un 8 % (cuadro 7).

El tipo de familia más común de la comunidad de San Luis Tlaxialtamalco es nuclear con un 98 %, extensa y compuesta con un 19 % respectivamente (cuadro 8):

Del total de las familias un 44 % de ellas tiene un nivel socioeconómico medio bajo, un 29 % bajo, 19% alto y el resto, medio alto con un 8 % (cuadro 9).

De un total de 100 madres de familia el 87 % laboran en el hogar y el 13 % restante fuera de él (cuadro 10). De las madres que trabajan fuera del hogar, el tiempo que

permanecen fuera predomina el de 9 a más horas con un 38.47 %, un 30.77 % para un tiempo de 8 a 9 horas, el 23.08 % para 5 a 6 horas y sólo un 7.69 % para menos de 4 horas (cuadro 11).

Las principales áreas de recreación del niño dentro del hogar son: patio, sala y cocina con un 27.10 %, patio y recámara con un 20.56 %, toda la casa con 15.88 %, el 12.15 % en el patio y el 5.6 % juega en la sala y recámara (cuadro 12).

De acuerdo a los miembros de la familia que se encargan del cuidado del niño de 2 a 5 años, se obtuvo que un 70 % lo realizan los padres de familia, un 6 % abuelos, hermanos, tíos, padres / abuelos respectivamente y un 4 % a otros (cuadro 13).

La personalidad del niño de 2 a 5 años de la comunidad en estudio, de acuerdo a la opinión de sus padres, en su mayoría son hiperactivos con un 42.05 %, tímido con un 18.70 %, curioso con un 14.95 %, hiperactivo/curioso con un 13.08 % y la minoría recayó en curioso/tímido con un 7.50 %, tímido/hiperactivo con un 1.86 % y sólo un 0.93 % cuenta con niños agresivos (cuadro 14).

De total de 100 familias se desprende que el 49 % de ellas, refiere nunca dejar solo al niño y sin vigilancia de un adulto, el 26 % lo deja sin vigilancia de 1 a 2 horas, el 9 % de 2 a 3 horas y sólo el 5 % de 5 horas a más (cuadro 15).

Con respecto a los factores de riesgo químicos se observó que los líquidos de limpieza, solventes y medicamentos, no se encontraron en un lugar seguro y están al alcance de los niños, con un 41.81%, 17.68% y 40.51% respectivamente (cuadro 16). En cuanto a los factores de riesgo físicos, el 28.27 % corresponde a objetos pequeños, el 21.47 % a objetos de plástico, el 13.04 % objetos punzo cortantes, el 11.68 % a otros objetos, los cuales están al alcance de los niños dentro del hogar (cuadro 17). Es importante mencionar que dentro de los factores de riesgo biológicos, se encontró que las familias tienen animales domésticos en un 47.80%, principalmente perros, con un 25% animales ponzoñosos y un 11.03% aves (cuadro 18).

Con respecto a la lesión sufrida por los niños de 2 a 5 años de edad, el 39.58 % presentó contusiones, el 29.17 % heridas, el 20.89 % quemaduras y con un 4.17 % fracturas (cuadro 19). En el período ocurrido entre el momento de la lesión y el tiempo actual, el 13.25 % sufrió la lesión el mes anterior, el 37.50 % hace más de 6 meses, en los últimos 6 meses un 22.9 % y en la semana anterior sólo 8.34 % (cuadro 20).

De acuerdo a la lesión sufrida por los niños de 2 a 5 años de edad el 42 % presentó un accidente, principalmente a la edad de 4 a 5 años con un 31.11 % y 17.78% de 2 a 3 años (cuadro 21). Otro aspecto de la investigación fue la causa externa de la lesión,

encontrándose que el 29.17 % fue por caída del mismo nivel, el 20.83 % por substancias calientes, caídas de otro nivel se observó con un 18.75 %, el 14.58 % corresponde a caídas de objetos, el 12.50 % por objetos punzocortantes y el 4.71 % por otros (cuadro 22). En cuanto si el accidente ocurrido deja incapacidad o secuela, ninguno presentó incapacidad, sólo secuelas principalmente cicatriz con un 83.34 % y el 16.66 % en la inmovilización temporal del brazo.

Con respecto al tiempo transcurrido entre la ocurrencia del accidente y demanda de la atención médica, el 57.58 % fue para 31 - 60 min., de 0 - 30 min. el 30.30 %, de 91 - 120 min. el 9.09 % y el 3.03 % de 61 - 90 min. (Cuadro 23).

La fuente de información sobre el servicio al que se demandó la atención, encontramos que el 81.82 % corresponde a una fuente informal y el 18.18 % no acudió a ninguna fuente de información (cuadro 24).

Es importante mencionar que el servicio de salud en el que se demandó la atención, el 20.84 % acudió al S.M.D.D.F., el 18.75 % a la S.S., el 18.75% al Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, el 12.5 % a una institución privada y el 25 % no acudió a ningún servicio médico (cuadro 25).

Siguiendo con los contenidos temáticos basados en la identificación de factores de riesgo que predisponen a accidentes en el hogar se evaluó el rubro de grado de conocimiento sobre accidentes y su prevención según la opinión de los padres, el 25 % respondió regular sobre accidente y el 75 % insuficiente, en cuanto a la prevención el 30 % contestó regular y el 70 % insuficiente (cuadro 26).

De las 19 familias con nivel socioeconómico alto, sólo el 21 % reporta accidente y el 79 % restante no, en cambio en el nivel medio alto con 8 familias fue en un 50 % para ambos rubros; para el nivel medio bajo con un total de 44 familias, el 39 % solamente presenta accidentes, mientras que de 24 hogares con nivel socioeconómico bajo, el 69 % sufrió un accidente en el hogar (cuadro 27).

De acuerdo a las características de personalidad de los niños entre 2 a 5 años, del 100 % de curiosos, el 63 % sufrió un accidente: 19 % para heridas, 31 % para quemaduras y el 13 % para contusiones. Del total de los agresivos, el 100 % presentó accidente (contusiones); los niños tímidos se accidentaron en un 25 % (10 % para heridas, 10 % para quemaduras y el 5 % para contusiones) mientras que el 75 % restante no. Los hiperactivos sobresalen con un porcentaje de 47 %, que refirieron haber tenido una lesión traumática (18 % heridas, 4 % fracturas, 4 % quemaduras y 21 % contusiones) contra 53 % que no. Los niños que cuentan con una personalidad a la vez curiosos / tímidos según la ocasión, del total el 25 % presentó envenenamiento y T.C.E.; los hiperactivos / curiosos en un 57 % presentaron accidente (7% heridas, 7 % quemaduras, 36 % contusiones y 7 % ahogamiento)

y en un 43 % no. Del 100 % de los niños tímidos / hiperactivos, el 50 % solamente sufrió accidentes, mientras que los hiperactivos / agresivos, el total no lo presentó (cuadro 28).

Del total de madres de familia que laboran fuera del hogar, el 31 % de sus hijos tuvo un accidente, en cambio las madres que permanecen en su hogar, el 47 % de ellas reporta lesiones traumáticas en sus niños (cuadro 29).

En las variables escolaridad y grado de conocimiento de los padres sobre accidentes y su prevención, en los de escolaridad primaria, el 10 % obtuvo una calificación regular y el 90 % insuficiente; del total en secundaria el 28 % fue regular en su respuesta y el 72 % insuficiente mientras que los de estudios medio superior y superior, el 66 % fue regular y el 34 % insuficiente y en aquellos que no tienen escolaridad, el 100 % recayó en el rubro de insuficiente información (cuadro 30).

Del 100 % de niños accidentados, el 51 % siempre permanece en vigilancia por adultos y el 39 % restante no, de los cuales el 30 % por 1 - 2 horas, 11 % por 1 hora y 24 % 5 o más horas sin dicha vigilancia (cuadro 31).

Cabe mencionar que del total de niños que sufrieron accidente a los 2 años, el 33 % presenta quemaduras y el 67 % contusiones; el 12.5 % envenenamiento; a los 4 años, el 31 % es para heridas, el 19 % para quemaduras, el 38 % para contusiones, el 1 % para ahogamiento y el 1 % para T.C. E, por último a los 5 años predominaron contusiones con un 40 % y heridas con un 34 % (cuadro 32)..

Es importante señalar que en el cruce de variables área de recreación del niño en el hogar con causa externa de la lesión traumática, del total de niños en que la causa fue por objetos punzo-cortantes, el 17 % juega en el patio y cocina, y el 33 % en patio/sala/cocina; cuando la causa fueron sustancias calientes, el 20 % en patio/sala/cocina y un 30 % en patio y jardín principalmente. En los accidentes ocasionados por caídas del mismo nivel el 58 % juega en el patio/sala y cocina mientras que el 42 % lo hace en otros sitios de la casa (cuadro 33).

Del 100 % de niños que presentaron un accidente a los 4 años, el 50 % suele jugar en el patio/sala y cocina mientras que a los 5 años en los mismo lugares también con un 54 % (cuadro 34).

Del total de la población infantil entre 2 a 5 años, del sexo masculino el 45 % se accidentaron en comparación con el sexo femenino que fue el 39 % (cuadro 35).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Sobre la base de los resultados obtenidos, se encontró que el tipo de familia predominante en la Comunidad de San Luis Tlaxiátemalco es nuclear, constituida en su mayoría por 3 hijos, los cuales están en una edad de 2 a 5 años; los padres de familia se encuentran en la etapa de adultos jóvenes por lo que se considera idónea para el desarrollo y seguridad de sus hijos, mientras que los abuelos que integran la población en estudio están entre los 51 a 60 años de edad.

Con relación a la escolaridad de los padres la que sobresalió fue la educación básica y en menor grado la media superior, por lo cual su ocupación laboral es como empleados, en cuanto a las madres un gran número se dedica al hogar, quienes laboran fuera de él llegan a permanecer ausentes por 9 horas o más. En este aspecto no se logró establecer relación en cuanto que la madre labore fuera del hogar y que se produzca un accidente, sin embargo es una situación que aunada a otras puede potencializar un daño a la salud de este tipo.

Se pudo demostrar que el nivel de escolaridad de los padres de familia si es un factor de riesgo puesto que fue determinante en el grado de conocimiento que poseen los padres en cuanto a accidentes y su prevención, siendo éstas regulares e insuficientes, llevándonos a establecer que en general a mayor escolaridad mayor grado de conocimientos.

Por otro lado el nivel socioeconómico bajo también constituye un factor de riesgo positivo debido a que del total de familias que pertenecen a este, más de la mitad de sus hijos sufrió un accidente a diferencia del medio y alto que en menor grado lo presentaron. En este sentido podemos mencionar que en los hogares con nivel socioeconómico bajo, los padres de familia, ambos integrantes suelen trabajar, o en caso de que solo uno trabaje, labora 2 jornadas continuas, para así poder satisfacer sus necesidades básicas, puesto que su ocupación es poco remunerada económicamente y llegan a tener en promedio 3 hijos, lo que implica gastos mayores.

Como consecuencia de lo anterior, se suele encontrar a las familias viviendo en espacios reducidos o rentados, con carencia de servicios, instalaciones eléctricas provisionales en mal estado, objetos peligrosos (líquidos de limpieza, solventes orgánicos, objetos pequeños y punzocortantes) al alcance de los niños. Además la cocina suele estar integrada en la misma habitación. En sí el nivel socioeconómico bajo suele causar marginación, hacinamiento y abandono, además de falta de lugares apropiados para juegos y deportes; ignorancia por parte de los adultos acerca de la potencialidad que tienen los menores para accidentarse, ausencia temporal de la madre en el hogar y la inadecuación de las viviendas.

Es importante mencionar que las principales áreas de juego del niño son el patio, sala, cocina y la recámara, por lo tanto los niños tienen acceso a objetos punzocortantes y sustancias calientes, causas externas que pueden dar origen a lesiones traumáticas.

Con relación al área de recreación del niño en el hogar y la causa externa de la lesión, se observa que hay un mayor número de accidentes en el patio y cocina por substancias calientes y objetos punzocortantes a causa de que el lugar que se esperaría fuera sólo de recreación como es el patio, es además ocupada por las madres de los niños como cocina, debido a que culturalmente en esa región es usada para guisar o calentar agua para bañarse, utilizando los braceros o leña, para calentar el agua o guisar; mismos que se colocan en el patio y sin vigilancia por un adulto, por lo cual se expone al niño a sufrir algún accidente.

De acuerdo con el cruce de las variables, edad en la que ocurrió el accidente y el área de recreación, se observa que los niños de 4 años de edad juegan en el patio y la cocina; los niños de 5 años juegan principalmente en el patio, sala y cocina, no pudiendo encontrar relación entre estas variables, pero demostrando que el área de recreación es un factor predisponente para los accidentes. Ya que con lo observado nos pudimos dar cuenta que los niños pasan mayor tiempo en la cocina y en el patio sin vigilancia por adultos.

En cuanto al sexo del niño sobresalió que el sexo masculino es quien sufre más accidentes debido a que se le permite que realice cosas más atrevidas que a la niña que se le tiene siempre con la madre y solo son permitidos para ella juegos que no sean bruscos.

Referente a quien es el miembro de la familia encargada de cuidar al niño de 2 a 5 años, un gran porcentaje es para los padres y una minoría para los abuelos, hermanos y tíos. Los hermanos en general no son adultos por lo cual no pueden cuidarlos porque son niños y se entretienen jugando, y los abuelos en ocasiones ya no tienen la suficiente capacidad fisiológica para hacerlo puesto que padecen algún tipo de enfermedad o deterioro orgánico que limita la atención que se les da. De ahí la importancia que se brinde información a toda la población sobre accidentes y su prevención.

El tiempo que llegan a permanecer los niños sin vigilancia por adultos en este estudio fue en mayor porcentaje de 1 a 2 horas y de 2 a 3 horas principalmente. No se logro demostrar asociación entre las variables tiempo que permanecen los niños sin vigilancia por adultos y reporte de accidentes, pero no es necesario que el niño se quede mucho tiempo sin vigilancia por adultos, ya que sólo basta de un instante para que el niño sufra algún tipo de accidente.

De la población infantil en estudio sobresalen los niños con características de personalidad hiperactivos, tímidos, curiosos y curiosos/hiperactivos; dato importante que hay que tomar en cuenta, ya que estos son los tipos de personalidad que se accidentan con mayor frecuencia; sin embargo se puede señalar que estos adjetivos se los dieron los padres a sus hijos, ya que no se realizó algún tipo de estudio para darles a los niños este calificativo. Demostrándose que el tipo de personalidad es un factor de riesgo positivo que determina la presencia y tipo de lesión traumática en niños de 2 a 5 años de edad, debido a que en el cruce de variables la mayoría de niños curiosos, agresivos e hiperactivos sufrieron un accidente principalmente heridas, fracturas, quemaduras y contusiones.

En todos los hogares de la comunidad de San Luis se encontró algún factor de riesgo, en lo que corresponde a los químicos, se identificó que los niños tienen acceso a los líquidos de limpieza, solventes y medicamentos. Los líquidos de limpieza los colocan bajo

o arriba del lavadero, en el patio, en la cocina o en el baño; los solventes orgánicos en la cocina, en la sala o en el patio y los medicamentos en botiquines con o sin llave, cajas de cartón y en cajones de buró o ropero; pero todos ellos al alcance del niño; cabe mencionar que los solventes orgánicos no tienen señalizaciones de peligro y que se encontraban en recipientes poco seguros y comerciales (garrafrones, botellas de refresco y de agua).

En cuanto a los factores de riesgo físicos encontrados dentro del hogar con mayor frecuencia están los objetos pequeños (nueces, canicas, cacahuates, monedas, pilas pequeñas, etc.), plásticos y punzocortantes como los cuchillos y tijeras que se dejan en la mesa de la cocina o en la cama sin protección o advertencia de no jugar con ellos, lo mismo ocurre con la herramienta se dejan en el patio al alcance de los niños; en cuanto a varillas, maderas con clavos oxidados y latas abiertas, son solo tiradas al patio o jardín sin tener un lugar especial para colocarlos, lo cual hace que el niño los tome y juegue con ellos, teniendo aún más riesgo para accidentarse.

Referente a los factores de riesgo biológicos se encontró la existencia de fauna nociva en su mayoría de perros y animales ponzoñosos, estos últimos presentes puesto que las personas cuentan con jardín o invernaderos en su casa y patio con abundante hierba. Por otra parte se observó que las casas ubicadas en la zona chinampera se encuentran en los límites de los canales, por lo cual el niño corre el riesgo de caer dentro de éstos.

Entre las lesiones sufridas por los niños como resultado de accidentes, sobresalen las contusiones, heridas y quemaduras, siendo las causas externas de la lesión caídas del mismo u otro nivel, sustancias calientes y objetos punzocortantes. Esta situación es resultado de los factores de riesgo identificados en los hogares, como son inseguridad en la casa, falta de protección atención y disciplina en los hijos, madre trabajadora, acceso y alcance a objetos y sustancias peligrosas.

El tiempo transcurrido entre la ocurrencia del accidente y demanda de la atención médica fue principalmente entre un lapso de 0 a 60 minutos, en aquellos padres de familia que solicitaron el servicio y lo creyeron conveniente. Aquí es importante recalcar mediante orientación educativa hacia la población que tipos de accidentes requieren atención médica y/o hospitalaria mediata e inmediata y en que nivel.

La fuente de información a la que recurrieron para seleccionar el servicio de salud al cual demandar la atención médica fue de tipo informal (vecina, comadre, familiares, etc.) o ninguno, haciéndose necesaria la participación de enfermería para que por medio de ella se puedan difundir los programas de autocuidado y crear conciencia en los individuos, familia y comunidad en cómo se producen los accidentes, las causas que los condicionan y crear una conducta de carácter preventivo en la población para evitarlos.

El período ocurrido entre el momento de la lesión y tiempo actual fue en mayor frecuencia el de más de 6 meses y mes anterior, en el primer lapso de tiempo los padres o familiares lo recuerdan porque la lesión traumática fue significativa y requería de atención médica. Sin embargo es importante mencionar que de los niños accidentados ninguno tuvo incapacidad permanente o secuelas importantes, pero sí se requiere de que el personal de enfermería participe de una forma preventiva para evitar que no se presenten los accidentes

y si lo hacen sea en un grado muy mínimo, por lo cual se tienen que trabajar mucho más con la comunidad.

De acuerdo a la respuesta de las personas entrevistadas, sus hijos se accidentaron, en su mayoría a los 4 y 5 años de edad, esto es debido a que los niños en esta etapa son muy inquietos, más independientes, curiosos y su desarrollo psicomotor es lo suficiente para que puedan brincar, correr, trepar y explorar el mundo que los rodea por ello requieren de mayor atención, cuidados e información sobre accidentes y su prevención, esta última se deberá explicar y demostrar si es necesario con un lenguaje claro y sencillo que incluya el porqué de no realizar determinadas actividades o acciones.

Se trató de establecer asociación entre la variable edad en que ocurrió el accidente con tipo de lesión traumática sufrida, pero no se obtuvo el resultado esperado, sin embargo por lo mencionado anteriormente los niños con mayor edad y desarrollo psicomotor tienden a presentar mayor diversidad de accidentes (heridas, fracturas, quemaduras, contusiones, ahogamiento y traumatismos cráneo encefálico), en comparación con los de menor edad.

Los servicios de salud más solicitados para la atención del niño accidentado fueron instituciones de la Secretaría de Salud, Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, así como el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, donde se proporciona atención a bajo costo y es más accesible. Pero no basta con esperar, se hace necesario que también este tipo de instituciones implementen programas de prevención de accidentes, pero sobre todo que trabajen en lo que realmente son sus actividades como centros preventivos, que se dediquen como ya se mencionó a prevenir el daño y la enfermedad y no que lo hagan cuando está ya esta presente y lo único que se puede hacer son medidas para no incrementar esta circunstancia, así mismo que los grupos de edad con los que trabajen no sean limitados sino por el contrario lo hagan con toda su comunidad, para poder incidir en ella y se vea realmente un cambio de conducta.

Con lo anterior podemos identificar claramente circunstancias en que se encuentran los niños de 2 a 5 años, no favorables para ellos, ya que de acuerdo con lo observado se esperaría que el número de accidentes fuera mayor del obtenido debido a la alta existencia de factores de riesgo identificados en la mayoría de los hogares, lo que nos da como resultado una población susceptible de presentar un gran número de accidentes, por lo cual se hace necesario realizar un programa educativo donde se refleje la participación de enfermería dentro de la comunidad para modificar esta situación.

CONCLUSIONES

Durante la realización de la presente investigación se cumplieron los objetivos establecidos al identificar los factores de riesgo que predisponen a la incidencia de accidentes en el hogar en niños de 2 a 5 años de edad en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, al conocer los tipos de accidentes que suceden con mayor frecuencia, sus secuelas y la actitud de la persona encargada de cuidar al niño ante el accidente; llegándose a las siguientes conclusiones.

Las circunstancias o características de mayor riesgo que se observaron en la comunidad fueron nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad y conocimiento de los padres insuficiente, desarrollo psicomotor del niño, falta de seguridad del niño e inseguridad de la vivienda por la existencia de productos tóxicos (medicamentos, productos de limpieza y solventes), objetos peligrosos (instrumentos punzocortantes, herramientas, líquidos calientes, objetos pequeños), enchufes e instalaciones eléctricas sin protección y depósito de agua al alcance y/o de fácil acceso para los niños, así como la falta de espacios adecuados para su recreación.

Las lesiones traumáticas más comunes que se presentaron fueron contusiones, heridas y quemaduras, las cuales dejaron secuela o incapacidad no muy significativa y/o no permanente respectivamente, siendo los accidentes de carácter multifactorial debido a las causas que se asocian que los originan.

La población refleja un desconocimiento en cuanto a las medidas que se deben tomar cuando se produce la lesión traumática; con quien acudir y a donde para limitar el daño y que se le dé un tratamiento oportuno al niño ya que el manejo que la población hace del problema es similar al de otra enfermedad recurriendo al servicio de salud no idóneo o no haciéndolo.

La existencia de una situación paradójica, por un lado la población si reconoce hasta cierto punto los factores de riesgo, pero por otro se ha acostumbrado a vivir con ellos, no empleando medidas de prevención y son viviendas que se encuentran en moderado y alto riesgo, puesto que el hogar en dicha comunidad es un ambiente falto de seguridad y un factor determinante con la ocurrencia de accidentes.

No se han producido la cantidad de accidentes esperados de acuerdo a los factores de riesgo existentes en el hogar, pero se puede afirmar que los niños entre 2 a 5 años tienen mayor probabilidad de sufrir un daño a la salud accidental por la exposición a este ambiente y su tiempo de permanencia en él, sumando sus características de personalidad y de las personas que están a su cuidado.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el sesgo de memoria que pudo encontrarse o el temor de los padres hacia una represalia, sobre todo si se toma a consideración que uno de los daños a la salud más frecuentes en la población son las lesiones traumáticas.

Por lo tanto los accidentes y sus lesiones se han convertido en una prioridad de salud pública puesto que son un problema de gran magnitud y trascendencia, vulnerables de ser resueltos o controlables a través de medidas de prevención dirigidas a la población infantil y adulta mediante un programa educativo de intervenciones de enfermería a nivel masivo, que disminuya, modifique o elimine los factores de riesgo existentes en los hogares de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco que estén al alcance de la voluntad humana y tomando como base las características socioeconómicas de la población para que se logre un impacto real y satisfactorio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS
DE EDAD EN LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

ELABORADO POR:

ALVAREZ RESILLAS AURORA.
ALVAREZ ROBLES LUZ MARIA.
GIL FLORES GRISELDA.
SANDOVAL ALVA SOTERO.

ASESORADO POR:

MTA. CRISTINA MUGGENBURG R. V.

MEXICO, D. F.

2001.

INTRODUCCIÓN

En México, los accidentes son la principal causa de muerte en niños de 2 a 5 años de edad. Los accidentes más comunes en el hogar son: heridas, contusiones, quemaduras y ahogamiento.

Por lo tanto es necesario implementar un programa integral de educación para la salud, que incluya medidas de prevención en el hogar, debido a que se detectaron diversos factores de riesgo en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco como: falta de almacén seguro para fármacos y sustancias tóxicas, instalaciones eléctricas descubiertas, presencia de objetos y juguetes rodantes (nueces, canicas, globos, monedas), entre otros, que marcan una alta incidencia de procesos patológicos como contusiones, quemaduras y heridas principalmente.

Por eso es necesario educar a los padres de familia, a adultos mayores al cuidado de los niños, profesores y niños sobre la prevención de accidentes, para disminuir la morbi-mortalidad por accidentes en el hogar.

OBJETIVOS

- ❖ Informar a todos los integrantes de la familia sobre la importancia de los accidentes en el hogar y su prevención principalmente en niños de 2 a 5 años de edad en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.
- ❖ Sensibilizar y crear conciencia en los padres de familia y personas encargadas de cuidar al niño sobre la importancia de la prevención de accidentes en el hogar en el desarrollo y crecimiento de sus hijos.

- Se promocionarán las sesiones educativas a impartir en el CCOAPS, kinders y primaria por medio de volantes y carteles, estos últimos se colocarán en sitios estratégicos de la comunidad.

METAS

Con la aplicación de este programa, se espera obtener un beneficio en la comunidad, aproximadamente de un 70 % en la disminución de accidentes en el hogar en niños de 2 a 5 años de edad así como de los factores de riesgo presentes, tomando en cuenta las características de la comunidad de San Luis Tlaxialtamalco.

EVALUACIÓN

- ❖ Aplicación de cuestionarios finales a los adultos.
- ❖ Sorteo de preguntas y respuestas directas al azar tanto a niños como adultos.
- ❖ Posteriormente se realizará un seguimiento de los usuarios que tomaron las sesiones educativas mediante visitas domiciliarias para observar directamente si los factores de riesgo han disminuido y comprobar la eficacia del programa.
- ❖ De esta manera la evaluación del programa nos permitirá identificar la comprensión de los temas y la aclaración de dudas que pudieran surgir de los temas a tratar.

BIBLIOGRAFÍA

- ANAYA, Méndez Ma. de los Ángeles. Intervenciones de Enfermería en el Hogar para el Cuidado del Niño durante el 1er. Año de Vida. Programa de Actualización. México, D.F., 1995, pp.187.
- ARRIAGA, Viyarreal Rosa María. El papel de la Enfermera en los Casos de Fractura, Luxaciones y Esguinces. México 1959, pp.58.
- BELIO, Castillo Cecilio. Accidentes en el Hogar: Cuerpos Extraños en Vías Respiratorias. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría. Vol. 4, No. 20 (Nov. Dic. 1996), México, pp. 42-46.
- CARITG, José. Problemas de Salud en la Infancia: Cómo actuar con Rapidez, Consejos Prácticos. Edit. Colimbo, México, pp. 35.
- CARMONA, Mexicano Javier. Morbilidad en Niños Menores de 5 Años y Factores que le condicionan en 3 comunidades. México, 1993, pp.193.
- CHANDRASOMA, Parakrama y Taylor, Clive R. Patología General. Edit. Manual Moderno, México 1998, pp. 1090.
- DÍAZ, Ángel. El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno-Infantil. Revista Latinoamericana de Perinatología. Vol. 8, No. 2, Montevideo Uruguay 1998, pp. 45.
- GARCÍA, Pelayo Ramón y Gross. Diccionario Larousse de la Lengua Española Ediciones Larousse, México 1997, pp. 1696.
- HADDON, W. Baker. S. Injuri. Control Preventive and Community 1991: 109.

- HIJAR, Medina Marta. Accidentes en el Hogar en Niños Menores de 10 años. Salud Pública en México. Vol. 34, No. 6 (Nov. - Dic. 1992), México pp. 616-625.
- HOYOS; A. Carlos. Tu hijo y su Salud: Guía Pediátrica para los Padres. México 1997, pp. 35.
- INEGI. Anuario Estadístico Distrito Federal. Edit. INEGI, México 2000, pp 378.
- INEGI. Cuaderno Estadístico Delegación Xochimilco, Distrito Federal. Edit. INEGI, México 2000, pp. 163.
- INEGI. Estadísticas Vitales, Cuaderno No. 3. Distrito Federal. Edit. INEGI, México 2001, pp. 140.
- INEGI. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 16. Edit. INEGI, México 2000, pp. 356.
- INEGI. Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000. Edit. INEGI, México 2001, pp.350.
- ISSSTE. Cuide a sus Hijos: Sus Enfermedades y Accidentes. Edit. Trillas, México 1986, pp.143.
- LANCASTER. Enfermería comunitaria. Edit. Interamericana, México 1984, pp. 278.
- LÓPEZ, Romero Delfina. La Enfermera en la Prevención de Accidentes, en un Puesto de Fábrica de la General Popo. México 1987, pp.161.
- LPMM. El Cuidado del Bebé. Edit. Prensa Médica Mexicana, México 1984, Pp.102.
- LPMM. El Niño de 1 a 6 años. Edit. Prensa Médica Mexicana, México 1980, pp.99.

- MARTÍNEZ, Martínez R. La Salud del Niño y el Adolescente. 3ª. ed. , Edit. JGH Editores, México 1995, pp.1461.
- MENESES, González Francisco. Accidentes y Lesiones en Cuatro Hospitales Generales del Distrito Federal. Revista de Salud Pública de México. Vol. 33, No.5 (Nov.- Oct. 1993), México, pp. 448-455.
- MILLS, John. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. Edit. Manual Moderno, México 1998, pp. 481.
- MOSBY. Diccionario de Medicina. Edit. Océano, Colombia 1996. pp. 1437.
- RONALD, S, Illingworth. El Niño Normal. 4ta. ed. , Edit. Manual Moderno, México 1993, pp.474.
- VARGAS, A. Palacios. Educación para la salud. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill, México 1993, pp. 286.
- TORROELLA. Niños Sanos. Edit. Trillas, México 1992, pp.268.
- ZURRO, A. Martín. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 3ª. ed. Edit. Mosby 1995, pp.1158.

EGRESOS HOSPITALARIOS EN LAS INSTITUCIONES PUBLICAS
DEL SECTOR SALUD SEGUN LAS VEINTE PRINCIPALES CAUSAS
DE EGRESO
1988 P/

CUADRO 5.11

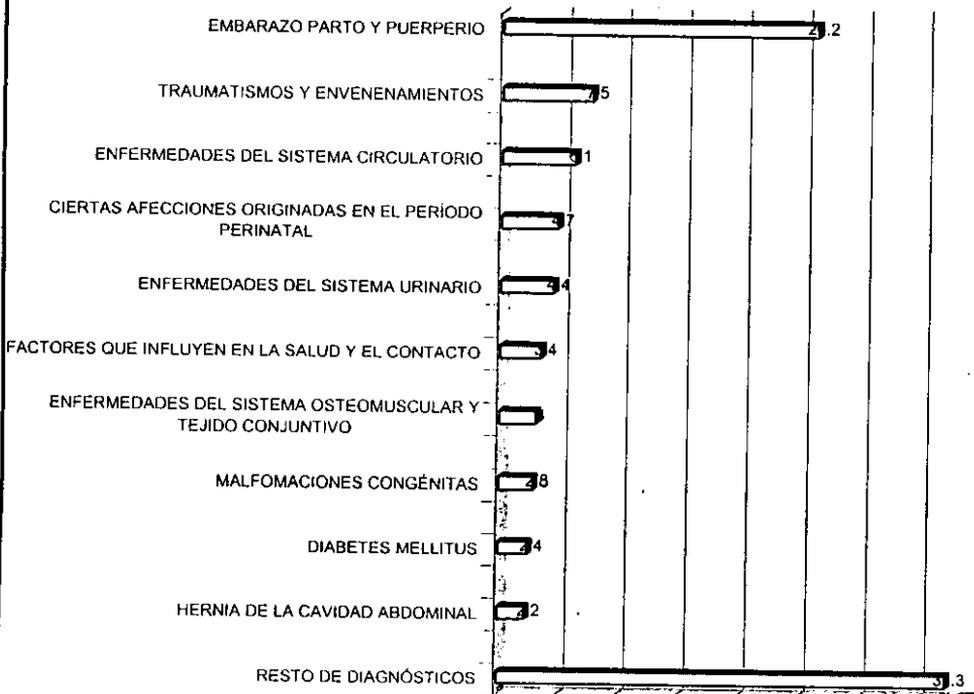
CAUSA	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM	SSA
TOTAL	643086	271240	89900	13423	31193	2014	23516
EMBARAZO , PARTO Y PUERPERIO	168221	86124	20903	891	6404	1	73868
LAS DEMAS AFECIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS	99564	53600	10731	423	2797	1	32012
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	49197	5063	7082	338	2863		31901
ABORTO	16363	32228	3028	130	673		9305
RESTO DE CAUSAS DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	3147	2362	64		71		650
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTO	48074	19532	5225	818	1845	3	20651
FRACTURAS	20774	9999	2667	320	672		7097
TRAUMATISMOS Y HERIDAS	16950	4813	1171	250	818	2	9796
QUEMADURAS Y CORROSIONES	1792	443	95	49	72		1133
LUXACIONES ESGUINCES Y TORCEDURAS	1507	588	284	100	153		402
RESTO DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS.	7051	3606	996	90	130	1	2223
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	38893	19518	7021	1475	1714	311	8854
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	5243	2758	850	124	208	47	1258
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	4249	2406	818	98	219	22	686
ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS DEL CORAZON	2485	1175	430	17	54	13	796
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	2103	1149	469	9	48	19	409
VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES	1387	1011	187	26	3	22	138
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	23426	11021	4267	1201	1182	188	5587
CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	30501	11871	430562	62	846	7	13410
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	28508	15348	4103	1559	997	94	6407
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD Y CONTACTO	21888	7224	2593	285	4478		7308
ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN	2703	1305	580	84	72		662
OTRAS CAUSAS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD Y CONTACTO	19185	5919	2013	201	4406		6646
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	19126	10086	2593	438	1244	65	4302
MALFORMACIONES CONGENITAS	18284	6638	1630	198	708	3	9109
DIABETES MELLITUS	15288	8375	2855	234	928	116	2690
HÉRNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	14300	356	2888	275	689	11	5461
COLELITIASIS Y COLECISTITIS	14034	7059	2714	379	577	13	3292
ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	11696	5232	1903	168	325	9	3901
SÍNTOMAS SIGNOS Y HALLAZGOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	10487	4028	1228	804	524	4	4089
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	10109	3393	2149	430	894	64	3179
LEIOMIOMA	9398	4821	1717	154	147	67	4292
TRASTORNOS MENTALES	9207	3611	158	66	532	49	4793
NEUMONÍA	7691	2760	983	212	361	39	3626
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	7542	3927	965	128	277	28	2187
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	7524	3186	927	304	708	160	2241
ENFERMEDADES DEL HIGADO	5292	2447	889	113	295	20	1518
RESTO DE CAUSAS	146885	60018	21583	5444	6692	950	52858

NOTA: El proceso de clasificación y asignación de las causas de egreso hospitalario es complejo, por lo cual algunos casos pueden quedar pendientes de rectificación por el área de vigilancia epidemiológica

FUENTE: Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios, 1998, Número 18, Volumen 2

EGRESOS HOSPITALARIOS EN LAS INSTITUCIONES
PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD SEGÚN LOS DIEZ
PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE EGRESO
1998P/
(PORCENTAJE)

GRAFICA 5.3



FUENTE: Cuadro 5.11

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS REGISTRADAS EN LAS INSTITUCIONES
PUBLICAS DEL SECTOR SALUD SEGUN LAS VEINTE PRINCIPALES
CAUSAS DE MUERTE
1988 P/

CUADRO 5 12

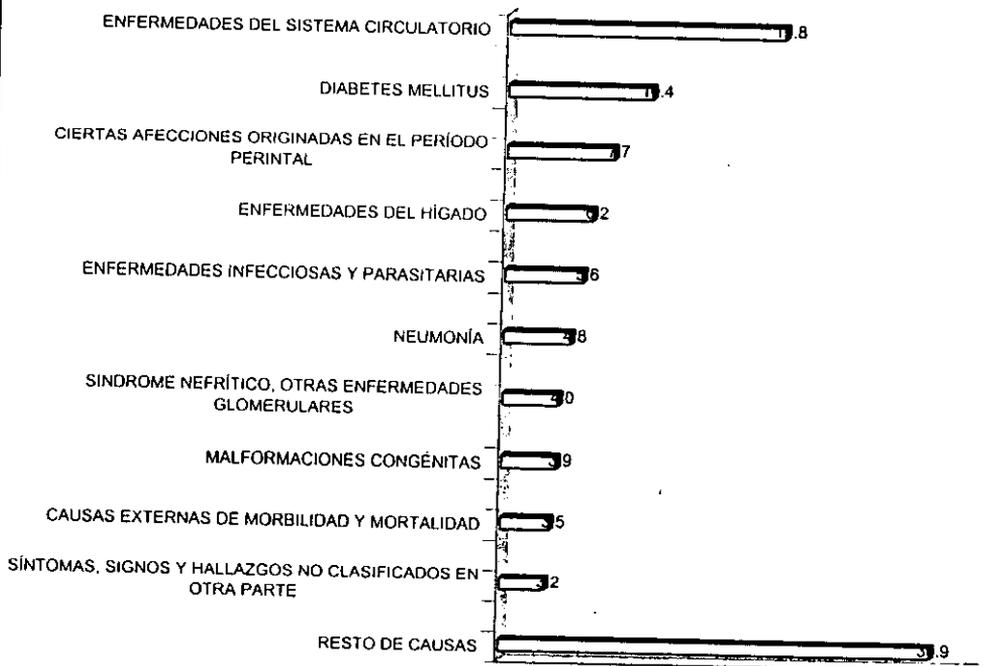
CAUSA	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SON	SM	SSA
TOTAL	22159	10057	2915	387	607	140	8053
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4378	2120	635	111	144	29	1343
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1478	780	178	23	44	7	440
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	619	321	93	5	14	5	181
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	567	313	163	2	10	1	78
ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS DEL CORAZÓN	166	75	17	-	2	-	72
ATEROSCLEROSIS	29	20	5	-	-	-	4
FIEBRE REUMÁTICA AGUDA	4	-	-	-	-	-	4
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1515	611	179	81	74	12	558
DIABETES MELLITUS	2298	1381	456	3	77	5	376
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1712	686	129	3	38	7	852
TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	12	8	1	-	-	-	3
RESTO DE CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1700	678	128	3	38	7	849
ENFERMEDADES DEL HIGADO	1381	686	165	10	47	4	416
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1242	438	73	46	34	31	620
SEPTICEMIA	403	88	17	41	21	1	235
TUBERCULOSIS	107	34	7	-	5	2	58
ENFERMEDADES INTESTINALES	101	17	13	1	-	1	89
RESTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	631	290	36	4	8	27	257
NEUMONIA	1060	337	228	21	24	6	440
SINDROME NEFRITICO, OTRAS ENFERMEDADES GLOMERULARES	877	351	148	27	35	5	311
MALFORMACIONES CONGENITAS	871	334	42	3	17	3	472
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	784	472	69	56	-	-	187
ACCIDENTES	874	396	66	56	-	-	156
AGRESIONES (HOMICIDIO)	62	36	2	-	-	-	24
LESIONES AUTÓNFLIGIDAS INTENCIONALMENTE	28	23	-	-	-	-	5
RESTO DE CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	20	17	1	-	-	-	2
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	703	129	74	19	1	2	478
LEUCEMIAS	533	282	47	1	15	3	185
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	233	82	49	5	8	2	87
TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	229	95	32	2	5	1	94
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	140	55	12	2	5	-	66
TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	137	64	17	4	6	-	49
ULCERA GÁSTRICA Y DUODENAL	128	72	2	-	4	2	30
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	104	21	14	-	5	-	64
LAS DEMÁS AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS	93	16	13	-	4	-	60
ABORTO	6	2	1	-	-	-	3
RESTO DE CAUSAS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	5	3	-	-	1	-	1
TUMOR MALIGNO DEL COLÓN	89	44	15	2	4	-	24
ANEMIAS	84	42	5	-	1	-	36
DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	73	21	16	-	3	-	33
RESTO DE CAUSAS	5103	2342	671	72	134	41	1843

NOTA: El proceso de clasificación y asignación de las causas de defunciones hospitalarias es complejo, por lo cual, algunos casos pueden quedar pendientes de recificación por el área de vigilancia epidemiológica.

FUENTE: Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios, 1988, Número 18, Volumen 2.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS REGISTRADAS EN
 LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD
 SEGÚN LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
 1998 P/
 (Porcentaje)

GRÁFICA 5.4



FUENTE: Cuadro 5.12

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN GENERAL
1998

CUADRO 3.1

ORDEN DE IMPORTANCIA	CAUSAS	CLAVE LISTA MEXICANA	DEFUNCIONES
	TOTAL	01-E59	444665
1	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	26-29	58677
	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	28	42873
2	TUMORES MALIGNOS	08-15	52670
	DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMÓN	10B	6525
	DEL ESTÓMAGO	09B	4697
	DEL CUELLO DEL ÚTERO	12A	4545
3	DIABETES MELLITUS	20D	41832
4	ACCIDENTES	E59-E53-E57	35517
	DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	E49B	11541
5	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	35L-35M	27211
6	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	30	25050
7	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	46	19879
	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL	46F	10119
8	INFLUENZA Y NEUMONÍA	33B-33C	15028
9	AGRESIONES	55	13656
10	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	E55	10492
11	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	21	10354
12	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	47	10120
13	INSUFICIENCIA RENAL	38C	7944
14	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	6668
15	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA Y ENFISEMA	33D	5005
16	ENFERMEDAD POR VIH	06H	4100
17	ANEMIAS	19A-19B	3890
18	TUBERCULOSIS PULMONAR	02A	3573
19	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE	E54	3342
20	SEPTICEMIA	31	3183
	SUBTOTAL		368189
	PARO CARDIACO	29C	2243
	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	48	7565
	LAS DEMÁS CAUSAS		66668

a El total no corresponde a la suma de ambos sexos. Ya que incluye sexo no especificado.

1 Se excluye paro cardíaco (29C)

2 Incluye tétanos neonatal (A33)

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS DE 1 A 5 AÑOS.
1998

CUADRO 3.5

ORDEN DE IMPORTANCIA	CAUSAS	CLAVE LISTA MEXICANA	DEFUNCIONES
	TOTAL		3541
1	ACCIDENTES	01 E59	1763
	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	E59-E53-E57	1004
	DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	E51B-E50	414
2	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	E49B	359
	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	47	537
3	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	47B	929
4	INFLUENZA Y NEUMONÍA	1	852
5	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	33B-33C	609
6	TUMORES MALIGNOS	21	419
7	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	815	210
	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	14D	216
8	SEPTICEMIA	32A	134
9	AGRESIONES	31	189
10	ANEMIAS	55	137
11	PARÁLISIS CEREBRAL Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS	19A-19B	132
12	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	23B	121
13	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	26-29	107
14	ASMA	33C	103
15	EPILEPSIA	23G	99
16	HEPATITIS VIRAL	06-J-06K	89
17	OTRAS HELMINTIASIS	05K	83
18	INSUFICIENCIA RENAL	38C	81
19	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HIGADO	35L-35M	72
20	MENINGITIS	23A	68
	SUBTOTAL		7122
	PARA CARDIACO	29C	24
	LAS DEMÁS CAUSAS	48	1245

1 Se excluye paro cardíaco (29C)

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística, Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales

ORDEN DE IMPORTANCIA	CAUSAS	CLAVE LISTA MEXICANA	DEFUNCIONES
	TOTAL	01-E59	46601
1	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	26-29	8788
	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	28	6060
2	DIABETES MELLITUS	20D	6311
3	TUMORES MALIGNOS	08-15	6232
4	ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	30	2838
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	35L-35M	2781
	ENFERMEDADES ALCOHÓLICA DEL HIGADO	35L	1179
6	ACCIDENTES	E49-E53, E57-E58	2203
	DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	E49B	576
	CAÍDAS	E50	383
7	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	46	1660
	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO Y OTROS	46F	879
	TRANSTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO P/NATAL		
8	INFLUENZA Y NEUMONÍA	33B-33C	1525
9	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	33G	1276
10	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS	47	951
	CROMOSÓMICAS		
	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	47E	410
11	AGRESIONES	E55	899
12	INSUFICIENCIA RENAL	38C	702
13	ENFERMEDAD POR VIH	06H	689
14	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA	33D-33E	651
	ENFISEMA Y ASMA		
15	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	21	586
16	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	328
17	LESIONES AUTOINFLINGIDAS	E54	314
18	ÚLCERAS GÁSTRICA Y DUODENAL	35D	313
19	SEPTICEMIA	31	302
20	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	32A-32D-33A-33K	288
	SUBTOTAL		39637
	PARA CARDIACO	29C	
	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	48	310
	LAS DEMÁS CAUSAS		6654

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS DE 1 A 4 AÑOS
1999

CUADRO 4.14.5

ORDEN DE IMPORTANCIA	CAUSAS	CLAVE LISTA MEXICANA	DEFUNCIONES
	TOTAL	01-E59	381
1	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSOMICAS	47	92
	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	47E	55
2	ACCIDENTES	E59-E53-E57	71
	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	E51B-E50	14
3	TUMORES MALIGNOS	815	30
	LEUCEMIAS	14D	11
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	28
5	INFLUENZA Y NEUMONÍA	33B-33C	19
6	SEPTICEMIA	31	15
7	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	21	12
8	AGRESIONES	55	9
9	PARÁLISIS CEREBRAL Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS	23F	8
10	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	32D-33A-33K	8
	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	33A	5
11	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	26-29	6
12	EPILEPSIA	23G	5
13	HEPATITIS VIRAL	06J-06K	4
14	INSUFICIENCIA RENAL	38C	4
15	VARICELA Y HERPES ZOSTER	06P	3
16	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	06H	2
17	ENCEFALITIS VIRAL TRANSMITIDA POR ARTRÓPODOS	61	2
18	ANEMIAS	19A-A9B	1
19	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA ENFISEMA Y ASMA	33B-33E	1
20	DEPLECIÓN DEL VOLUMEN	20G	1
	SUBTOTAL		322
	PARA CARDIACO	29C	
	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	48	7
	LAS DEMÁS CAUSAS		

DEFUNCIONES GENERALES, INFANTILES Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
 POR RESIDENCIA HABITUAL Y AÑO DE REGISTRO, SEGUN SEXO

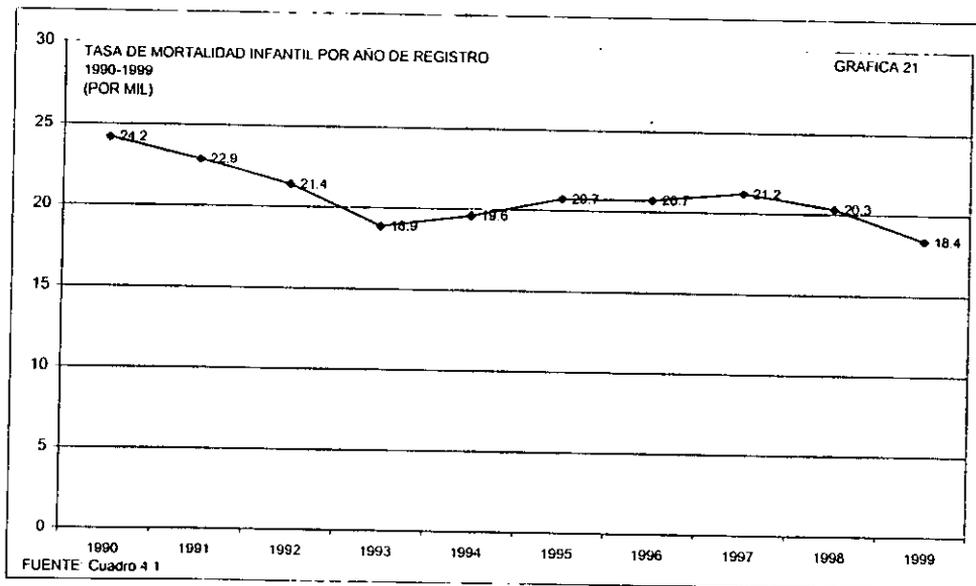
CUADRO 4 1

1990-1999

AÑO DE REGISTRO	DEFUNCIONES GENERALES				DEFUNCIONES INFANTILES				TASA DE MORTALIDAD INFANTIL			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPE- CIFICADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPE- CIFICADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
1990	44741	25509	21203	29	5657	3177	2464	16	24.2	26.8	21.4	
1991	45203	23929	21257	17	5082	2850	2218	14	22.9	25.3	20.3	
1992	45328	24250	21067	11	4819	2728	2082	9	21.4	23.9	18.8	
1993	45301	23967	21311	23	4180	2395	1768	17	18.9	21.4	16.2	
1994	45086	24149	21516	21	4318	2476	1825	17	19.6	22.2	16.8	
1995	46609	24693	21901	15	4067	2304	1751	12	20.7	23	8.2	
1996	46474	24306	22157	11	3868	2193	1664	11	20.7	23.1		
1997	46884	24444	22424	16	3848	2176	1659	13	21.2	23.7	18.5	
1998	46773	24309	22450	14	3699	2022	1663	14	20.3	21.9	18.4	
1999	46601	24103	22486	12	3323	1836	1478	9	18.4	20.1	16.5	

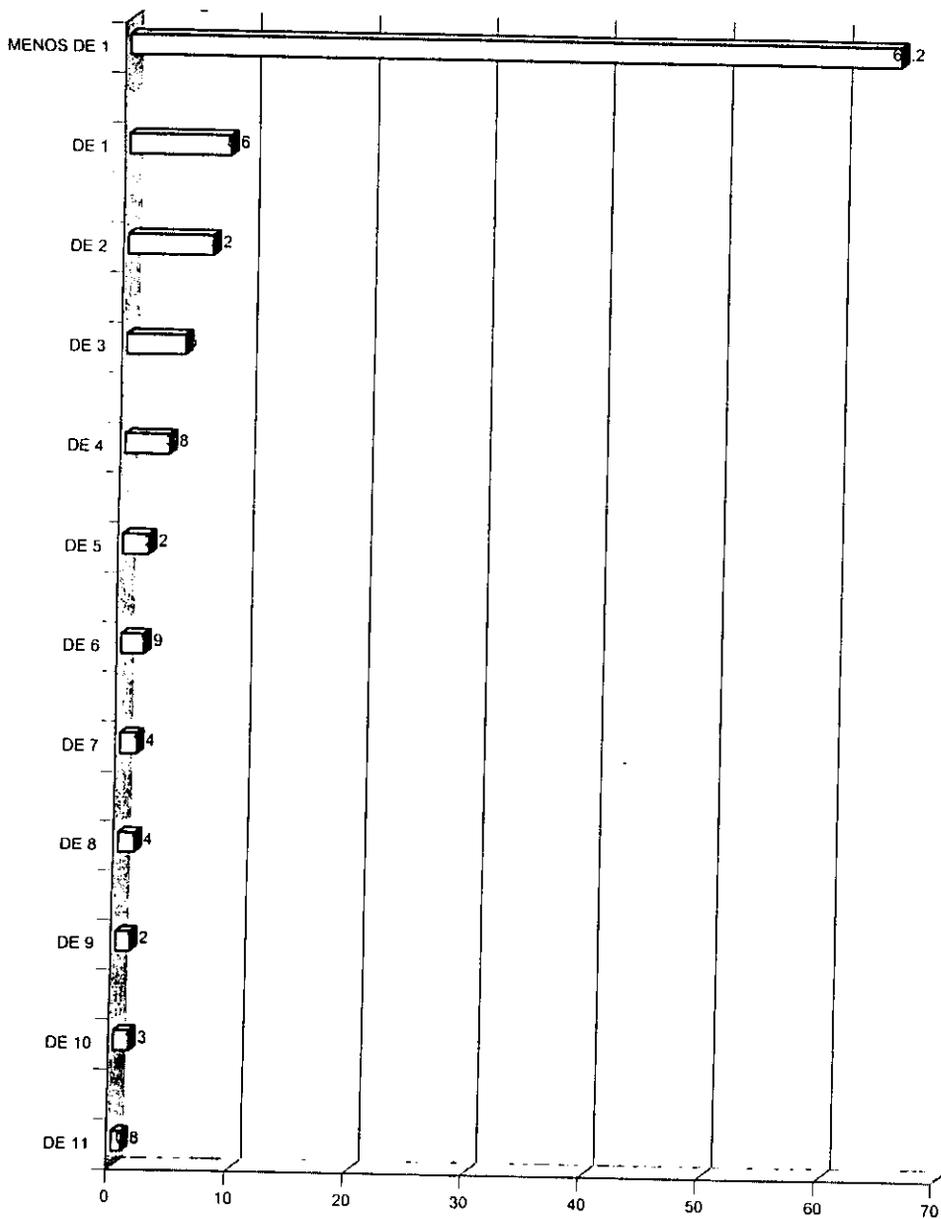
1/ Número de defunciones de menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos registrados en determinado año.
 2/ Las tasas correspondientes a 1997 pueden no coincidir con las de números anteriores de esta serie, dado que se hicieron ajustes al redondeo de los cálculos.

FUENTE INEGI. Dirección General de Estadísticas. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Dirección Regional Centro.



DEFUNCIONES INFANTILES POR EDAD DETALLADA
1999
(PORCENTAJE)

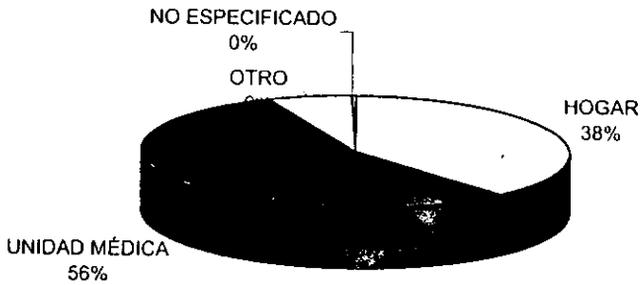
GRÁFICA 23



FUENTE: Cuadro 4.3

DEFUNCIONES GENERALES SEGÚN DE OCURRENCIA
1999
(PORCENTAJE)

GRÁFICA 24



FUENTE: Cuadro 4.6

2. Tipo de familia.

- a) Nuclear
- b) Extensa
- c) Compuesta

3. Tipo de Vivienda.

- a) Casa particular
- b) Tipo dúplex
- c) Departamento
- d) Vecindad
- e) Otros _____

4. Tipo de piso de la vivienda.

- a) Cemento
- b) Tierra
- c) Mosaico
- d) Otros _____

5. Tipo de techo

- a) Losa (colado)
- b) Lámina de asbesto
- c) Lámina de cartón
- d) Madera
- e) Otro _____

6. Tipo de construcción de las paredes

- a) Tabique
- b) Madera
- c) Cartón
- d) Otros _____

7. Servicios intradomociliarios con que cuenta su vivienda.

- a) Todos los servicios (agua, luz y drenaje)
- b) Agua y Drenaje
- c) Agua y Luz
- d) Sólo un servicio _____
- e) Ningún servicio

8. Aparatos eléctricos con que cuenta en su vivienda. _____

9. Convivencia con animales domésticos

- a) Si
- b) No

¿Cuáles? _____

10. Su vivienda cuenta con:

- a) Jardín
- b) Invernadero
- c) Espacio para plantas.

11. ¿Cuándo no usan los aparatos eléctricos los desconecta?

- a) Si
- b) No

12. En la casa los enchufes tienen protección

- a) Si
- b) No

13. Periódicamente revisa las enchufes de sus aparatos.

- a) Si
- b) No

14. ¿Dónde guarda los siguientes objetos o artículos y si puede mostrármelos?

- a) Tijeras
- b) Medicamentos
- c) Líquidos de limpieza
- d) Solventes orgánicos.

DATOS EN RELACIÓN CON EL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD.

1. La mamá del niño (os) trabaja

- a) Sí
- b) No

¿Qué tiempo se encuentra ausente? _____

2. Persona encargada de cuidar a los niños.

- a) Padres
- b) Abuelos
- c) Hermanos
- d) Tíos
- e) Otros

¿Cuánto tiempo? _____

3. Tiempo que permanece el niño o los niños sin vigilancia por adultos.

4. Toman medicamentos enfrente de los niños

- a) Sí
- b) No

5. Lllaman a los medicamentos por su nombre

- a) Sí
- b) No

6. Se le permite al niño estar cerca de la estufa.

- a) Sí
- b) No

INTEGRANTE	NIÑO 1	NIÑO 2	NIÑO 3
7. Características de personalidad del niño.			
8. ¿En dónde juega el niño?			
9. ¿Con qué juega el niño?			
10. ¿Qué objetos tienen a su alcance el niño?			
11. El niño suele correr con alimentos u objetos en la boca.			
12. Lesión traumática que el niño haya sufrido en el hogar.			
13. Hace cuanto sufrió la lesión.			
14. Causa externa de la lesión.			
15. Lugar de la vivienda donde ocurrió el accidente.			
16. El accidente amerita atención médica.			
17. Tiempo transcurrido entre demanda y ocurrencia de la atención médica.			
18. Fuente de información a la que acudió para seleccionar el tipo de atención.			
19. Servicio de salud a la que acudió.			
20. La lesión deja incapacidad o secuela.			
21. Si la lesión deja incapacidad o secuela ¿Cuál?			

¿Sabe usted qué es un accidente?

- a) Si
- b) No

Describalo: _____

Ha recibido información sobre accidentes en el hogar

- a) Si

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿De quién? _____

- c) No

Proporcione información a los niños acerca de los accidentes en casa y cómo prevenirlos.

- a) Si

¿Cómo que información? _____

- c) No

OBSERVACIONES

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA	PAPÁ		MAMÁ		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
- 20 años	1	1.06	3	3.00	4	2.06
20 - 25 años	22	23.40	33	33.00	55	28.35
26 - 30 años	41	43.62	43	43.00	84	43.30
31 - 35 años	18	19.15	14	14.00	32	16.49
36 - 40 años	9	9.57	5	5.00	14	7.22
41 a + años	3	3.20	2	2.00	5	2.58
TOTAL	94	100.00	100	100.00	194	100.00

FUENTE: Cédulas de entrevistas familiares aplicadas en Junio y Julio del 2001.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS HIJOS DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDAD DE LOS HIJOS DE LA FAMILIA	1º HIJO		2º HIJO		3º HIJO		4º HIJO		5º HIJO		6º HIJO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
0 - 1 años	1	1.00	13	18.30	7	25.00	1	10.00	1	25.00	1	50.00	24	10.43
2 - 5 años	50	50.00	38	53.52	10	35.72	6	6.00	2	50.00	1	50.00	107	53.04
6 - 10 años	33	33.00	14	19.71	9	32.14	2	20.00	1	25.00	0	0.00	59	25.65
11 - 15 años	12	12.00	5	7.04	2	7.14	1	10.00	0	0.00	0	0.00	20	8.70
16 o + años	4	4.00	1	1.43	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	2.17
TOTAL	100	100.00	71	100.00	28	100.00	10	100.00	4	100.00	2	100.00	215	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ABUELOS DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDAD DE LOS ABUELOS DE FAMILIA	4.1		4.2		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo	%
- 50 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
51 - 55 años	0	0.00	1	100.00	1	50.00
56 - 60 años	1	100.00	0	0.00	1	50.00
TOTAL	1	100.00	1	100.00	2	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS NIÑOS ENTRE 2 A 5 AÑOS

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

SEXO	Fo.	%
Masculino	58	54.20
Femenino	49	45.80
TOTAL	107	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA	PAPÁ		MAMÁ		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Ninguna	3	3.19	6	6.00	9	4.64
Primaria	29	30.00	36	36.00	65	33.50
Secundaria	52	55.32	48	48.00	100	51.55
Media superior	6	6.38	9	9.00	15	7.73
Superior	4	4.26	1	1.00	5	2.58
TOTAL	94	100.00	100	100.00	194	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA	PAPÁ		MAMÁ		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Campeño (chinampera)	13	13.83	1	1.00	14	7.21
Albañil	1	1.00	0	0.00	1	0.52
Obrero(a)	17	18.09	1	1.00	18	9.27
Comerciante	7	7.45	3	3.00	10	5.14
Empleado (a)	38	40.43	5	5.00	43	22.16
Chofer	7	7.45	0	0.00	7	3.61
Jardinero	1	1.06	0	0.00	1	0.52
Médico	1	1.06	0	0.00	1	0.52
Ama de casa (o)	1	1.06	87	87.00	88	45.36
Enfermera (o)	0	0.00	2	2.00	2	1.03
Servidor público	3	3.20	0	0.00	3	1.55
Laboratorista dental	1	1.06	0	0.00	1	0.52
Topógrafo	1	1.06	0	0.00	1	0.52
Ingeniero	1	1.06	0	0.00	1	0.52
Químico (a)	0	0.00	1	1.00	1	0.52
Policía	2	2.13	0	0.00	2	1.03
TOTAL	94	100.00	100	100.00	194	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDO. CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA	Fo.	%
Casados	61	61.00
Unión libre	31	31.00
Madre soltera	8	8.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

TIPO DE FAMILIA	Fo.	%
Nuclear	98	98.00
Extensa	1	1.00
Compuesta	1	1.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 9

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Fo.	%
Alto	19	19.00
Medio Alto	8	8.00
Medio Bajo	44	44.00
Bajo	29	29.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 10

MADRES QUE LABORAN FUERA DEL HOGAR

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

MAMAS QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR	Fo.	%
Si	13	13.00
No	87	87.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 11

TIEMPO QUE LA MADRE DE FAMILIA PERMANECE FUERA DEL HOGAR

TIEMPO QUE LA MADRE PERMANECE FUERA DEL HOGAR	SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001	
	Fo.	%
- 4 Hrs.	1	7.69
5 - 6 Hrs.	3	23.08
6 - 7 Hrs.	0	0.00
8 - 9 Hrs.	4	30.77
9 o + Hrs.	5	38.46
TOTAL	13	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 12

ÁREA DE RECREACIÓN DEL NIÑO DENTRO DEL HOGAR

ÁREA DE RECREACIÓN (JUEGO) DEL NIÑO	SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001	
	Fo.	%
Toda la casa	17	15.88
Patio	13	12.15
Patio/Recámara	22	20.56
Patio/Sala	3	2.80
Sala/Recámara	6	5.60
Patio/escaleras	2	1.90
Patio/Cocina	13	12.15
Patio, sala, cocina	29	27.10
Jardín	1	0.93
Otro	1	0.93
TOTAL	107	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 13

**MIEMBRO(S) DE LA FAMILIA ENCARGADO(S) DEL CUIDADO DEL
NIÑO DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD**

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

MIEMBRO(S) DE LA FAMILIA ENCARGADO(S) DEL CUIDADO DEL NIÑO	Fo.	%
Padres	70	70.00
Abuelos	6	6.00
Hermanos	6	6.00
Tios	6	6.00
Padres/Abuelos	6	6.00
Padres/Tios	1	1.00
Padres/Hermanos	1	1.00
Otros	4	4.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 14

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL NIÑO DE ACUERDO
A LA OPINIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA**

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL NIÑO	Fo.	%
Curioso	16	14.95
Agresivo	1	0.93
Timido	20	18.70
Hiperactivo	45	42.05
Curioso/Timido	8	7.50
Timido/Hiperactivo	2	1.86
Hiperactivo/Curioso	14	13.08
Hiperactivo/Agresivo	1	0.93
TOTAL	107	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 15

TIEMPO QUE PERMANECE EL NIÑO SIN VIGILANCIA
EN EL HOGAR POR ADULTOS

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

TIEMPO QUE PERMANECE EL NIÑO SIN VIGILANCIA POR ADULTOS	Fo.	%
- 1 hora	9	9.00
1 - 2 horas	26	26.00
2 - 3 horas	9	9.00
4 - 5 horas	2	2.00
5 ó + horas	5	5.00
Nunca	49	49.00
TOTAL	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 16

FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS DETECTADOS DENTRO DEL HOGAR

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS DETECTADOS EN EL HOGAR	SI		NO	
	Fo.	%	Fo.	%
Líquidos de limpieza	97	41.81	3	4.41
Solventes	41	17.68	59	86.76
Medicamentos	94	40.51	6	8.83
TOTAL	232	100.00	68	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 17

FACTORES DE RIESGO FÍSICOS DETECTADOS DENTRO DEL HOGAR

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

FACTORES DE RIESGO FÍSICOS DETECTADOS EN EL HOGAR	Fo.	%
Punzo cortantes	48	13.04
Plásticos	78	21.47
Pequeños (canicas, nueces, monedas, etc.).	104	28.27
Vidrio	37	10.05
Eléctrico	13	3.53
Herramientas	35	9.51
Agua Caliente	9	2.45
Otros	43	11.68
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 18

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS QUE SE ENCONTRARON
DENTRO DEL HOGAR**

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS DETECTADOS EN EL HOGAR	Fo.	%
Perros	65	47.80
Gatos	10	7.35
Ponzoñosos	34	25.00
Pollos	8	5.89
Vaca	1	0.73
Pájaros	15	11.03
Conejo	1	0.73
Puerco	2	1.47
TOTAL	136	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 19

LESIÓN SUFRIDA POR LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

LESIÓN SUFRIDA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD	Fo.	%
Herida	14	29.17
Fractura	2	4.17
Quemadura	10	20.84
Contusión	19	39.58
Envenenamiento	1	2.08
Ahogamiento	1	2.08
TCE	1	2.08
TOTAL	48	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

NOTA: El resultado se incremento debido a que 2 niños sufrieron más de un accidente.

CUADRO 20

PERÍODO OCURRIDO ENTRE EL MOMENTO DE LA LESIÓN Y TIEMPO ACTUAL

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

PERÍODO OCURRIDO ENTRE LA LESIÓN Y EL TIEMPO ACTUAL	Fo.	%
Semana anterior	4	8.34
Mes anterior	15	31.25
Últimos 6 meses	11	22.91
Más de 6 meses	18	37.50
TOTAL	48	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1

CUADRO 21

EDAD EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDAD	Fo.	%
2 años	9	18.75
3 años	8	16.66
4 años	16	33.33
5 años	15	31.25
TOTAL	48	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 22

CAUSA EXTERNA DE LA LESIÓN

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

CAUSA EXTERNA	Fo.	%
Caída de objeto	7	14.58
Objeto punzo-cortante	6	12.50
Substancias calientes	10	20.83
Caidas del mismo nivel	14	29.17
Caidas de otro nivel	9	18.75
Otro	2	4.17
TOTAL	48	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 23

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE Y DEMANDA DE LA ATENCIÓN MEDICA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

TIEMPO	Fo.	%
0 - 30 min.	10	30.30
31 - 60 min.	19	57.58
61 - 90 min.	1	3.03
91 - 120 min.	3	9.09
TOTAL	33	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

NOTA: Del total de los niños accidentados, solo 33 niños recibieron atención medica.

CUADRO 24

FUENTE DE INFORMACIÓN A LA QUE ACUDIÓ PARA SELECCIONAR EL TIPO DE ATENCIÓN

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

FUENTE DE INFORMACIÓN	Fo.	%
Informal	27	81.82
Formal	0	0.00
Ninguno	6	18.18
TOTAL	33	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 25

SERVICIO DE SALUD AL QUE DEMANDARON LA ATENCIÓN MÉDICA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

SERVICIO	Fo.	%
IMSS	1	2.08
ISSSTE	1	2.08
SS	9	18.75
Particular	6	12.50
SMDDF	10	20.84
CCOAPS	9	18.75
Ninguno	12	25.00
TOTAL	48	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 26

**GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE ACCIDENTES Y SU PREVENCIÓN
SEGÚN RESPUESTA DE LOS PADRES DE FAMILIA**

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES	ACCIDENTE		PREVENCIÓN	
	Fo.	%	Fo.	%
Suficiente	0	0.00	0	0.00
Regular	25	25.00	30	30.00
Insuficiente	75	75.00	70	70.00
TOTAL	100	100.00	100	100.00

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 27

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y REPORTE DE ACCIDENTES

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

REPORTE DE ACCIDENTES	ALTO		NIVEL SOCIOECONÓMICO		BAJO		TOTAL			
	Fo.	(%)	MEDIO ALTO Fo.	(%)	MEDIO BAJO Fo.	(%)	Fo.	(%)		
Si	4	(21.00)	4	(50.00)	17	(39.00)	20	(69.00)	45	(100.00)
No	15	(79.00)	4	(50.00)	27	(61.00)	9	(31.00)	55	(100.00)
TOTAL	19	(100.00)	8	(100.00)	44	(100.00)	29	(100.00)	100	(100.00)

FUENTE: Misma cuadro I.

CUADRO 28

PRESENCIA DE ACCIDENTE, TIPO DE LESIÓN TRÁUMÁTICA Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS

TIPO DE LESIÓN TRÁUMÁTICA	SAN LUIS TLAXIATEMALCO 2001																	
	CURIOSO		AGRESIVO		TÍMIDO		HIPERACTIVO		CURIOSO/TÍMIDO		H/C*		T/H*		H/A*		TOTAL	
	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)	Fo. (%)
SI	Herida	3 (19)		2 (10)	8 (18)						1 (7)							14
	FRACTURA				2 (1)													2
	Quemaduras	5 (31)		2 (10)	2 (4)						1 (7)							10
	Contusión	2 (13)	1 (100)	1 (5)	9 (21)						5 (36)	1 (50)						19
	Envenenamiento								1 (12.5)									1
Ahogamiento																		1
TCE																		1
Ninguna	6 (37)		15 (75)	24 (53)				1 (12.5)										1
TOTAL	16 (100)	1 (100)	20 (100)	45 (100)	8 (100)	14 (100)	2 (100)	6 (75)	1 (100)	6 (43)	1 (50)	1 (100)	1 (100)	59				

FUENTE: Misma cuadro 1.

- H/C: Hiperactivo/Curioso.
- T/H: Tímido/Hiperactivo.
- H/A: Hiperactivo/Agresivo.

CUADRO 29

REPORTE DE ACCIDENTE Y MADRES DE FAMILIA QUE LABORAN

SAN LUIS TLAXIATEMALCO 2001

REPORTE DE ACCIDENTE	MADRES DE FAMILIA QUE LABORAN FUERA DEL HOGAR				TOTAL (%)
	SI	NO			
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.
Si	4	(31.00)	41	(47.00)	45
No	9	(69.00)	46	(53.00)	55
TOTAL	13		87		100

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 30

ESCOLARIDAD Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA
SOBRE ACCIDENTES Y SU PREVENSIÓN

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA	GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA						
	SUFICIENTE (%)		REGULAR (%)		INSUFICIENTE (%)		TOTAL Fo. (%)
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	
Primaria	0		3	(10.00)	26	(90.00)	29 (100.00)
Secundaria	0		15	(28.00)	37	(72.00)	52 (100.00)
Media superior	0		4	(66.00)	2	(34.00)	6 (100.00)
Superior	0		3	(66.00)	1	(34.00)	4 (100.00)
Ninguna	0		0	(0.00)	3	(100.00)	3 (100.00)
TOTAL	0		25		75		100

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 31

REPORTE DE ACCIDENTE Y TIEMPO QUE PERMANECEN LOS NIÑOS SIN VIGILANCIA POR ADULTOS

SAN LUIS TLAXIATEMALCO 2001

REPORTE DE ACCIDENTES	TIEMPO QUE PERMANECEN LOS NIÑOS SIN VIGILANCIA POR ADULTOS													
	- 1 HORA		1 - 2 HRS.		2 - 3 HRS		4 - 5 HRS.		5 ó + HRS.		NUNCA		TOTAL	
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)
Si	5	(11.00)	13	(30.00)	1	(2.00)	1	(2.00)	2	(4.00)	23	(51.00)	45	(100.00)
No	4	(7.00)	13	(24.00)	8	(15.00)	1	(2.00)	3	(5.00)	26	(47.00)	55	(100.00)
TOTAL	9		26		9		2		5		49		100	

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 32

EDAD EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE Y LESIÓN TRÁUMÁTICA SUFRIDA

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

EDAD EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	HERIDA		FRACTURA		QUEMADURA		LESIÓN TRÁUMÁTICA SUFRIDA		CONTUSIÓN		ENVENENAMIENTO		AHOGAMIENTO		TCE		TOTAL			
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)		
2 años					3	(33.00)	6	(67.00)												
3 años	4	(50.00)	2	(25.00)	1	(12.50)	1	(12.50)											9	(100.00)
4 años	5	(31.00)	3	(19.00)	6	(38.00)													8	(100.00)
5 años	5	(34.00)	2	(13.00)	2	(13.00)	6	(40.00)			1	(6.00)	1	(6.00)					16	(100.00)
TOTAL	14		2		10		19		1		1		1		1				48	

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 33

CAUSA EXTERNA DE LESIÓN TRÁUMÁTICA Y ÁREA DE RECREACIÓN DEL NIÑO

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

CAUSA EXTERNA DE LA LESIÓN TRAUMÁTICA	TODA LA CASA		PATIO		PATIO RECÁMARA		SALA RECÁMARA		PATIO COCINA		PATIO SALA COCINA		JARDÍN		TOTAL		
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	
Caida de objeto	2	(35.00)	3	(43.00)	1	(14.00)					3	(43.00)			7	(100.00)	
Objeto punzocortante	1	(10.00)	1	(17.00)					1	(17.00)	2	(35.00)			6	(100.00)	
Substancias calientes	1	(10.00)	2	(20.00)	1	(10.00)			1	(10.00)	2	(30.00)		1	(10.00)	10	(100.00)
Caidas del mismo nivel	2	(14.00)	2	(14.00)					3	(22.00)	5	(36.00)			14	(100.00)	
Caidas de otro nivel	3	(34.00)	1	(11.00)			2	(22.00)	1	(11.00)	2	(22.00)			9	(100.00)	
Otro											2	(100.00)			2	(100.00)	
TOTAL	8		9		2		2		6		17		1		48		

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 34

EDAD EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE Y ÁREA DE RECREACIÓN DEL NIÑO EN EL HOGAR

SAN LUIS TLAXIALTÉMALCO 2001

EDAD EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	ÁREA DE RECREACIÓN DEL NIÑO EN EL HOGAR															
	TODA LA CASA		PATIO		PATIO RECÁMARA		PATIO SALA		PATIO SALA RECÁMARA		PATIO SALA COCINA		TOTAL			
	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)	Fo.	(%)		
2 años	2	(22.00)	1	(11.00)	1	(11.00)	1	(11.00)	1	(11.00)	3	(34.00)	1	(11.00)	9	(100.00)
3 años	2	(25.00)	1	(12.50)	2	(25.00)	1	(12.50)	1	(12.50)	1	(12.50)	1	(12.50)	8	(100.00)
4 años	2	(25.00)	1	(6.25)	4	(25.00)	1	(6.25)	1	(6.25)	3	(19.00)	5	(31.00)	16	(100.00)
5 años	2	(13.00)	1	(7.00)	2	(13.00)	2	(13.00)	2	(13.00)	1	(7.00)	7	(47.00)	15	(100.00)
TOTAL	8		4		9		2		2		6		16		48	

FUENTE: Misma cuadro 1.

CUADRO 35

REPORTE DE ACCIDENTE Y SEXO DE LOS NIÑOS ENTRE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO 2001

PRESENCIA DE ACCIDENTE	SEXO DE LOS NIÑOS ENTRE 2 A 5 AÑOS DE EDAD	
	MASCULINO Fo. (%)	FEMENINO Fo. (%)
Si	2 (45.00)	19 (39.00)
No	32 (55.00)	30 (61.00)
TOTAL	58 (100.00)	49 (100.00)

FUENTE: Misma cuadro 1.