

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES RELACIONADO A LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE LAS LESIONES NO INTENCIONADAS MÁS COMUNES EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UNO A CINCO AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE TOROLA, MORAZÁN; CONCEPCIÓN BATRES E ISLA LA PIRRAYA, USULUTÁN, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA. AÑO 2018.

PRESENTADO POR:

**ISAAC ALBERTO GÓMEZ HERNÁNDEZ
VANESSA BEATRIZ LÓPEZ REYES
JOSÉ HERNÁN REYES BENÍTEZ**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

**DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DICIEMBRE 2018.**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMERICA.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DE DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH.
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**LICENCIADO: FRANCISCO ANTONIO VÁSQUEZ RODRÍGUEZ
ASESOR ESTADÍSTICO**

DEDICATORIA.

A Dios, por todo el amor, bondad y bendiciones que me ha regalado y por permitirme llegar a este punto en mi vida siendo el arquitecto de mi vida llevando hasta este punto de mi vida y volviéndome más fuerte en el camino.

A mis Padres, Olga de Gómez y Juan Gómez; por ser el motor que siempre me impulso a seguir adelante a pesar de la adversidad para ir cumpliendo paso a paso mis metas, por sus consejos, sacrificios, valores y el buen ejemplo que me han brindado siempre para convertirme en una persona que soy.

A mi Tía, Carmen hidalgo Hernández, por estar conmigo y mi familia siempre y sabiendo que su apoyo incondicional me permitió llegar hasta este punto y por lo cual le estaré agradecido toda la vida

A mis hermanos, por su ayuda, confianza y porque siempre estuvieron allí cuando más los necesite a lo largo de la carrera.

A la Dra. Patricia Roxana Saade Stech, por ser un ejemplo de medico una excelente maestra, por su tiempo y dedicación y sobre todo paciencia al orientarnos durante la carrera y por su compromiso para con nuestro trabajo de tesis.

A nuestro asesor estadístico, Lic. Francisco Vásquez quien a pesar de conocerle durante el proceso se ganó nuestro respeto, admiración y cariño por su entrega y dedicación para con el grupo.

A mis compañeros y amigos de tesis por la forma tan única de habernos conocido y congeniado, haber hecho todo este proceso tan ameno y especial volviéndonos más unidos en el proceso, por su dedicación y compromiso al realizar este trabajo de tesis y volverlo una experiencia que nunca vamos olvidar.

Isaac Alberto Gómez Hernández

DEDICATORIA.

A Dios, por la sabiduría, la tenacidad y la fuerza de voluntad para culminar mis estudios a pesar de las circunstancias adversas, por el amor, las bendiciones día a día y fortalecer mi fe en mi misma.

A mi Madre: Carmen Isabel Reyes; por ser el motor que siempre me impulsó a seguir adelante a pesar de la adversidad para ir cumpliendo paso a paso mis metas, por sus consejos, sacrificios, valores y el buen ejemplo que me ha brindado siempre para convertirme en una persona de bien para la sociedad.

A mi abuela y hermanos: Elia Hernández, por apoyarme anímicamente y estar siempre en los momentos más importantes de mi formación como persona y profesional.

A mis tíos, por motivarme a seguir adelante, su apoyo constante y acompañamiento durante los años de estudio y formación profesional.

A la Dra. Patricia Roxana Saade Stech, por ser una excelente maestra y más aún mejor persona, por su tiempo y dedicación al orientarnos durante la carrera y trabajo de tesis.

A mi equipo y amigos de tesis, por su paciencia, tolerancia, sinceridad y confianza además por su dedicación y compromiso de culminar este trabajo de tesis.

A Lic. Francisco Antonio Vásquez Rodríguez por la guía, la asesoría y orientación durante el proceso de culminación del trabajo de tesis. Además de la sinceridad y motivación dada al equipo.

Vanessa Beatriz López Reyes

DEDICATORIA

A Dios, infinitamente por brindarme todos los instrumentos para continuar mis metas y objetivos.

A mis padres, José Hernán Reyes Zelaya y Olga Lidia Benítez Benítez por forjarme, motivarme y apoyarme en todos los procesos de mi carrera y vida personal a quienes les agradeceré toda mi vida el esfuerzo que cada uno de ellos a hecho por mí y el amor que eh sentido por cada uno de ellos. LOS QUIERO Y ESTOY ORGULLOSO DE TENERLOS

A mis hermanas: Por apoyarme siempre, tener confianza en mi capacidad por comprender cada etapa de mi carrera. LAS QUIERO MUCHO

A mis compañeros y amigos de tesis: por su amistad que me brindaron desde que nos conocimos por su motivación y dedicación a la realización de este informe.

A Doctora Patricia Saade stech quien tuvo una entrega infinita e incondicional en todo nuestro proceso quien con mucha dedicación nos dio cada minuto de su tiempo su voluntad para lograr finalizar nuestros objetivos. MUCHAS GRACIAS

A nuestro asesor estadístico Licenciado, Francisco Antonio Vázquez Rodríguez: por toda la dedicación el esfuerzo y capacidad resolutiva que nos mostró le deseo mucho éxito en su vida. GRACIAS

José Hernán Reyes Benítez

Tabla de contenidos	Pág.
Lista de tablas -----	x
Lista de gráficos-----	xi
Lista de figuras -----	xii
Lista de anexos -----	xiii
Resumen-----	xiv
Introducción -----	1
1. Planteamiento del problema-----	4
1.1 Antecedentes del problema-----	4
1.2 Enunciado del problema -----	9
1.3 Justificación del estudio-----	10
2. Objetivos de la investigación -----	11
3. Marco referencial-----	11
4. Sistema de Hipótesis-----	24
5. Diseño Metodológico-----	28
6. Resultados -----	36
7. Discusión -----	80
8. Conclusiones -----	82
9. Recomendaciones -----	83
10. Referencias bibliográficas -----	84

Lista de tablas.

	Pág.
Tabla 1: Población de las UCSF en estudio-----	28
Tabla 2: Muestra de las UCSF en estudio -----	32
Tabla 3: Escala de medición del conocimiento -----	34
Tabla 4: Características sociodemográficas de las madres entrevistadas-----	37
Tabla 5: Datos sociodemográficos de los niños en estudio -----	41
Tabla 6: Definición de caída dada por la población en estudio -----	42
Tabla 7: Definición de Quemadura dada por la población en estudio-----	44
Tabla 8: Definición de ahogamiento dada por la población en estudio -----	45
Tabla 9: Conocimiento de acciones ante un ahogamiento por la población-----	46
Tabla 10: Definición de intoxicación dada por la población en estudio -----	48
Tabla 11: Conocimiento de causas de una intoxicación dada por la población -----	49
Tabla 12: Definición de cuerpo extraño dada por la población en estudio-----	50
Tabla 13: Conocimiento de predisposición de sexo a lesiones no intencionadas -----	52
Tabla 14: Conocimiento de predisposición de edad a lesiones no intencionadas -----	54
Tabla 15: Conocimiento de la población de caída en el proceso de desarrollo -----	57
Tabla 16: Uso de elementos amortiguadores ante la caída por la población -----	58
Tabla 17: lugar de la vivienda donde guarda los cerillos (Fosfóros) por la población---	59
Tabla 18: Presencia de cocina de leña en la vivienda-----	60
Tabla 19: Ubicación de la cocina de leña en la vivienda-----	61
Tabla 20: Medida de cubrir los recipientes con agua en la población-----	62
Tabla 21: Medidas de prevención para no tomar sustancias tóxicas-----	63
Tabla 22: Medidas de prevención de accidentes de cuerpos extraños -----	64
Tabla 23: Acciones ante un accidentes de cuerpos extraños en la población -----	65
Tabla 24: Antecedentes de lesiones no intencionadas en los menores -----	67
Tabla 25: Comprobación de hipótesis alterna 1 -----	68
Tabla 26: Nivel de conocimiento que poseen las madres en relación a las lesiones no intencionadas -----	70
Tabla 27: Distribución de factores de riesgo -----	74
Tabla 28: Antecedentes de lesiones no intencionadas-----	78

Lista de gráficos.

	Pág.
Grafico 1: Datos sociodemográficos de las madres entrevistadas-----	40
Grafico 2: Datos sociodemográficos de los niños en estudio-----	42
Grafico 3: Definición de caída dada por la población en estudio -----	43
Grafico 4: Definición de Quemadura dada por la población en estudio-----	45
Grafico 5: Definición de ahogamiento dada por la población en estudio -----	46
Grafico 6: Conocimiento de acciones ante un ahogamiento por la población-----	47
Grafico 7: Definición de intoxicación dada por la poblacion en estudio-----	49
Grafico 8: Conocimiento de causas de una intoxicación dada por la población-----	50
Grafico 9: Definición de cuerpo extraño dada por la población en estudio -----	51
Grafico 10: Identificación de un cuerpo extraño por la población-----	52
Grafico 11: Conocimiento de predisposición de sexo a lesiones no intencionadas ----	54
Grafico 12: Conocimiento de predisposición de edad a lesiones no intencionadas ----	56
Grafico 13: Conocimiento de la población de caída en el proceso de desarrollo -----	57
Grafico 14: Uso de elementos amortiguadores ante la caída por la población -----	58
Grafico 15: Lugar en la vivienda donde guardan los cerillos por la población -----	59
Grafico 16: Presencia de cocina de leña en la vivienda-----	60
Grafico 17: Ubicación en la vivienda de la cocina de leña en la población -----	61
Grafico 18: Medida de cubrir los recipientes con agua en la población-----	62
Grafico 19: Medidas de prevención para no tomar sustancias tóxicas -----	64
Grafico 20: Medidas de prevención de accidentes de cuerpos extraños-----	65
Grafico 21: Acciones ante un accidentes de cuerpos extraños en la población-----	66
Grafico 22: Antecedentes de lesiones no intencionadas en los menores -----	67
Grafico 23: Nivel de conocimiento de las madres ante las lesiones -----	72
Grafico 24: Distribución de factores de riesgo -----	77
Grafico 24: Antecedentes de lesiones no intencionadas en el menor-----	78

Lista de figuras.

	Pág.
Figura 1: Contexto de UCSF Isla La Pirraya -----	104
Figura 2: Integrantes del grupo de investigación realizando la entrevista-----	105
Figura 3: Contexto de UCSF de Concepción Batres-----	106
Figura 4: Contexto de UCSF de Torola-----	107
Figura 5: Estudiante de servicio social acompañado de personal de UCSF Torola -	107
Figura 6: Integrantes de grupo de investigación realización prueba piloto en UCSFI La Presita -----	108
Figura 7: Vivienda semiurbana barrio El Nuevo, Torola, Morazán -----	109
Figura 8: Cocina de leña en una vivienda, Torola, Morazán-----	110

Lista de anexos.

	Pág.
Anexo 1: Hoja o Certificado del Consentimiento -----	86
Anexo 2: Cédula de entrevista -----	87
Anexo 3: Distribución de casos de lesiones no intencionadas por departamentos de Morazán Usulután -----	91
Anexo 4: Distribución de defunción mundial por lesiones no intencionadas -----	92
Anexo 5: Tasa de mortalidad mundial por lesiones no intencionadas -----	93
Anexo 6: Tasa de lesiones no intencionada por región -----	94
Anexo 7: Principales causas de muertes pediátricas a nivel mundial -----	95
Anexo 8: Tasas de mortalidad infantil a nivel mundial según causas -----	96
Anexo 9: Principales causas de muertes en niños a nivel mundial -----	96
Anexo 10: Glosario -----	97
Anexo 11: Abreviaturas y siglas utilizadas -----	101
Anexo 12: Cronograma -----	102
Anexo 13: Presupuesto -----	103
Anexo 14: Lista de figuras -----	104
Anexo 15: Tabla de distribución chi- cuadrada -----	111

Resumen.

La investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres relacionado a los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de las lesiones no intencionadas más comunes de la población infantil de uno a cinco años que consultan en las Unidades de Salud Comunitaria de Torola, Morazán; Concepción Batres e isla la Pirraya, Usulután; para la realización del estudio se utilizó una **Metodología** de investigación que fue descriptiva, prospectiva, transversal, la población muestreada fue de 422 madres responsables de los menores que cumplieron los criterios de inclusión. El tipo de muestreo fue probabilístico. Las técnicas de obtención de la información la documental bibliográfica y hemerográfica haciendo uso de una cédula de entrevista. **Resultados:** Se determinó que en un 77% existe un conocimiento incorrecto de las lesiones no intencionadas y la presencia en un 75% de factores de riesgo **Conclusiones:** Con la investigación se constató que existe un déficit de nivel de conocimientos relacionado a las lesiones no intencionadas como: quemaduras, ahogamiento, intoxicación y cuerpos extraños, en lo relacionado a caídas existe un nivel de conocimiento bueno aceptable por parte de las madres que integraron el estudio. Con respecto a la presencia de factores de riesgo se encontraron presentes factores tales como: la no utilización de amortiguadores ante las caídas, la facilidad de accesibilidad de cerillo y mala ubicación de la cocina de leña y medidas de prevención ineficientes ante accidentes con cuerpos extraños; lo cual aumenta el grado de vulnerabilidad de la población pediátrica a sufrir alguna lesión no intencionada.

Palabras Clave. Lesiones no intencionadas, conocimientos, factores de riesgo.

Introducción.

La lesión se describe como el daño físico que se produce cuando el cuerpo humano es sometido a la descarga de cantidades de energía que superan el umbral fisiológico o se ve privado de elementos vitales como el oxígeno. La energía puede ser mecánica, térmica, química o radiante. Las principales causas de lesiones no-intencionales son las producidas por tráfico en carreteras, envenenamientos, ahogamientos, caídas y quemaduras y en alguna literatura se agregan las lesiones producidas por cuerpos extraños.

Las lesiones no intencionadas son consideradas como la principal causa de dolor, sufrimiento y discapacidad que a lo largo de la vida pueden tener consecuencias graves sobre el desarrollo físico, psíquico y social del niño lesionado. Por lo anterior su prevención es de suma importancia.

Con el pasar de los años se ha considerado a las lesiones como un problema que puede ser prevenido mediante acciones coordinadas de salud pública. Para lograr esa prevención es de suma importancia que la población reconozca cada una de las lesiones y sepa actuar sobre cada una de ellas con el fin de disminuir la vulnerabilidad del menor a sufrir alguna lesión de este tipo.

El informe final de investigación está estructurado en diez apartados los cuales se describen a continuación:

El planteamiento del problema iniciando con los antecedentes del problema que hacen referencias a datos significativos que se han desarrollado con el pasar de los años en relación a la problemática, posteriormente el enunciado del problema que expresa la pregunta en la cual se emerge la investigación, luego se describe la justificación exponiendo las razones por las cuales se quiere realizar la investigación la cual explica el por qué y el para que se realiza la investigación, para que sirve, la trascendencia, quienes serán beneficiados y de qué modo serán beneficiados.

Sucesivamente se detallan los objetivos propuesto para la investigación tanto general como específicos los cuales guiaran la investigación.

Seguidamente se describe el Marco teórico de referencia el cual está constituido la del marco referencial y la base teórica en que se sustenta las variables en la investigación.

Posteriormente se describe el Sistema de hipótesis que contiene la formulación de hipótesis, en el cual se encuentran la hipótesis de trabajo, alternas e hipótesis nulas, posteriormente la operacionalización de las variables.

Además, se describe el Diseño metodológico que comprende la metodología de la investigación, donde se describe el tipo de estudio que se relaciona con los resultados del estudio, población y muestra que integró la investigación, también se describe los criterios que guiaron la selección de los sujetos del estudio, además los métodos, técnicas e instrumentos que sirvieron para la obtención de la información; finalizando con el plan de análisis.

Para dar a conocer los resultados obtenidos se presentan las tablas y gráficas con sus respectivos análisis e interpretación que fueron elaboradas con los resultados obtenidos con la realización de la ejecución del estudio finalizando este apartado con la comprobación de hipótesis en la cual se da conocer la aceptación o negación de las mismas.

El siguiente apartado es la discusión de resultados en la cual se realizó una comparación de resultados obtenidos en el estudio en comparación a otras investigaciones de carácter nacional e internacional la cual ayudo a la comprensión de fenómeno en estudio.

También se dan a conocer las conclusiones que el grupo de investigación formuló después la finalización y sintonización de resultados obtenidos que responde a los objetivos que fueron planteados anteriormente.

Para ayudar a la disminución de la población se informan las recomendaciones que los investigadores sugieren para minimizar el impacto de la problemática realizadas en base a los hallazgos encontrados en la presente investigación.

Seguidamente se presentan las referencias bibliográficas de las cuales fue extraída la información utilizada para fundamentación de la investigación.

Finalmente se encuentran los anexos que tuvieron relación a la realización de la investigación, entre ellos el documento de consentimiento informado, la cédula de entrevista, información complementaria en relación al tema, el cronograma de actividades, el presupuesto económico, el glosario y abreviaturas y siglas; para finalizar con las fotografías que describen sucesos relacionados al estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes del problema.

Para cuando los niños llegan a los cinco años de edad, los traumatismos involuntarios constituyen la mayor amenaza para su supervivencia. Cada año mueren por esa causa alrededor de 830 000 niños, lo que significa que cada día hay más de 2000 familias cuya existencia da un vuelco irreversible por la devastadora pérdida de un niño a consecuencia de uno de esos traumatismos.(1)

Según un nuevo informe de la organización mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales (accidentales), y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida.(2)

El Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños, que constituye la primera evaluación mundial integral de las lesiones no intencionales en los niños y prescribe medidas para prevenirlas, concluye que si se adoptaran medidas preventivas de eficacia demostrada en todas partes podría salvarse la vida de al menos 1000 niños al día.(2)

Las lesiones de los niños constituyen un importante problema de salud pública y desarrollo. Además de las 830 000 muertes anuales, millones de niños sufren lesiones no mortales que a menudo necesitan hospitalización y rehabilitación prolongadas ha dicho la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS. Los costos de esos tratamientos pueden conducir a toda la familia a la pobreza. Los niños de las familias y las comunidades más pobres corren mayor riesgo de sufrir lesiones porque tienen menores probabilidades de beneficiarse de los programas de prevención y de servicios de salud de calidad.(2)

En un estudio realizado en el policlínico universitario Felo Echezarreta San José de Las Lajas, Mayaveque, Cuba sobre los diferentes factores de riesgo en accidentes en hogares de niños menores de cinco años en el cual se encontró como principal factor de riesgo el acceso libre a la cocina en un 100%, seguida de fuentes de electricidad mal

protegidas en un 92% y en menor proporción los depósitos de agua destapada en un 7.5%. (3)

El mayor porcentaje de accidentes de bajo riesgo lo obtuvieron los niños de 1 año de edad. El accidente más frecuente fueron las caídas en un 45% seguida de las quemaduras y cuerpos extraños en un 20% cada una.(3)

Los traumatismos causados por el tránsito son la primera causa de mortalidad entre los 10 y los 19 años. En niños de todas las edades, las cinco causas más importantes de muerte por traumatismo son, por orden de magnitud: los traumatismos causados por el tránsito; el ahogamiento; las quemaduras Por fuego; las caídas; y las intoxicaciones.(1)

A raíz de actividades de vigilancia de los traumatismos involuntarios en los niños realizados en Bangladesh, Colombia, Egipto y el Pakistán se observó que cerca de la mitad de los niños que sufren un traumatismo lo bastante grave como para requerir atención en los servicios de urgencias quedaban con alguna forma de discapacidad. Los niños que sobreviven a traumatismos graves pueden sufrir secuelas que los afecten tanto a ellos como a sus familias, en particular una discapacidad física, mental o psicológica, lo que además puede acarrear una caída de los ingresos familiares. De ahí que los traumatismos en los niños supongan a veces el preludio de situaciones de desintegración familiar y pobreza. (1)

En el informe mundial conjunto de la OMS y el UNICEF sobre prevención de las lesiones en los niños se explican que las habilidades y la conducta de los niños difieren de las de los adultos, y se describe el modo en que esta diferencia influye en el riesgo de que sufran traumatismos y en la eficacia de las intervenciones para prevenirlos.(4)

El informe constituye una síntesis de la mejor información disponible sobre las características más comunes de los traumatismos y de datos científicos sobre la eficacia de las intervenciones preventivas. (1)

Además, se formulan en él siete recomendaciones: (4)

1) Incluir el tema de los traumatismos en los niños en un planteamiento integral de salud y desarrollo infantil;

- 2) Elaborar y aplicar una política, acompañada del correspondiente plan de acción, para prevenir los traumatismos en los niños;
- 3) Instituir medidas específicas de prevención y control de esos traumatismos;
- 4) Reforzar la capacidad de los sistemas de salud para responder a esos traumatismos;
- 5) Mejorar la calidad y cantidad de los datos con fines de prevención;
- 6) Definir prioridades de investigación y prestar apoyo a las investigaciones sobre causas, consecuencias, costos y prevención de los traumatismos en los niños;
- 7) Generar una mayor conciencia y realizar inversiones específicas para prevenir esos traumatismos;

En el informe se exhortaba a las organizaciones internacionales y a organismos donantes y de ayuda al desarrollo a que contribuyeran a llevar a la práctica todas esas recomendaciones.(1)

Los traumatismos son una epidemia desatendida en los países en desarrollo. Ocasionan más de cinco millones de muertes al año, una cifra aproximadamente igual a las ocasionadas por el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados.

El estudio fundamental Global Burden of Disease and Risk Factors (Carga de morbilidad mundial y factores de riesgo) calculó que los traumatismos constituían en 1990 más del 15% de los problemas de salud en el mundo y preveía que la cifra aumentará hasta el 20% para 2020. Esta tendencia alarmante ha sido corroborada mediante cálculos más recientes. No hay datos definitivos sobre el número de personas que sobreviven con algún tipo de incapacidad permanente por cada muerte por traumatismo, pero se manejan cifras entre 10 y 50. Más del 90% de las muertes por traumatismo se producen en países con ingresos bajos y medios, en los que no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud están menos preparados para afrontar el reto.

Como tales, los traumatismos contribuyen claramente al círculo vicioso de la pobreza y producen consecuencias económicas y sociales que afectan a las personas, las comunidades y las sociedades. El efecto socioeconómico de las incapacidades por traumatismo se multiplica en los países con ingresos bajos, que suelen contar con

sistemas poco desarrollados de cuidados y rehabilitación postraumáticos, y con una infraestructuras de bienestar social deficiente o inexistente (5)

Si bien hay disponibles datos bastante fiables sobre la morbilidad, epidemiología, eficacia y costo eficacia de muchas enfermedades e intervenciones en los países en desarrollo, particularmente sobre enfermedades infecciosas o nutrición, hay una carencia acuciante de este tipo de información sobre los traumatismos y su gestión. Esto quizá explique por qué otros problemas posiblemente se perciban como más urgentes, lo que dificulta adicionalmente la defensa de la importancia de la traumatología. Los traumatismos presentan numerosas dimensiones: humana (víctimas, cuidadores, etc.), ambiental (infraestructura, legislación, etc.) y “vectorial” (vehículos motorizados en el caso de los traumatismos por accidentes de tránsito, armas en el los ocasionados por actos de violencia, chimeneas en el de las quemaduras, etc.). (2)

En EE.UU. alrededor de 2 millones de personas requieren asistencia médica por quemaduras cada año. Alrededor del 50% de estos pacientes son menores de 5 años, con una media de edad de 32 meses. La causa más importante son las escaldaduras, y una de sus causas es el uso del microondas para calentar líquidos. La causa principal de quemaduras en niños de 5-14 años son las lesiones por llamas. Entre los niños de 5-10 años suelen deberse a jugar con cerillas, mientras que en los de más edad suele ser debido a ignición de gasolina. Los incendios siguen siendo la etiología principal de la mortalidad y provocan hasta el 34% de las lesiones mortales en los menores de 16 años. Las escaldaduras suponen el 85% de las lesiones totales y predominan en niños menores de 4 años.

En el período 2005-2009, una media de 3.880 personas al año fueron víctimas de un ahogamiento mortal, y se cifró en 5.789 el número de personas tratadas en los servicios de urgencia de hospitales estadounidenses por casos de ahogamientos no mortales. Si se compara con otros tipos de lesiones, el ahogamiento tiene una de las tasas de mortalidad más altas. Las tasas de mortalidad más altas por ahogamientos se observaban en niños de 1 a 4 años y de 15 a 19 años (2,55 y 1,29/100.000, respectivamente). En los niños, el ahogamiento ocupa el segundo lugar, por detrás de las lesiones por vehículos a motor, como etiología de la mortalidad por lesiones

accidentales en EE.UU. Las tasas de hospitalización pediátrica asociadas a los ahogamientos oscilaron entre 4,7 y 2,4 por 100.000 entre 1993 y 2008, mientras que en el mismo período la tasa de hospitalización por ahogamientos mortales disminuyó de 0,5 a 0,3 fallecimientos por 100.000. La morbilidad en los casos no mortales de ahogamiento está menos estudiada.(6)

Las intoxicaciones son la principal causa de muerte accidental en EE.UU., incluso por delante de los accidentes de tráfico. La mayor parte de las muertes no son intencionadas (no se trata de suicidios). En los adolescentes, la intoxicación es la tercera causa más frecuente de muerte accidental. De las más de 2 millones de intoxicaciones comunicadas anualmente a los National Poison Data Systems de la American Association of Poison Control Centers (AAPCC), aproximadamente un 50% ocurren en niños menores de 6 años. En casi todos estos casos, las intoxicaciones son accidentales y reflejan la tendencia de los niños pequeños a llevarse casi cualquier cosa a la boca. Por suerte, los niños menores de 6 años representan menos del 2% de todas las muertes accidentales notificadas a los National Poison Data Systems (6)

Más del 90% de las exposiciones a tóxicos en niños ocurren en el hogar y en la mayoría sólo está implicada una sustancia. La gran mayoría de estas exposiciones son ingestiones, y son una minoría las que ocurren a través de las vías dérmica, inhalatoria u oftalmológica. Aproximadamente en el 50% de los casos se trata de sustancias no farmacológicas, como cosméticos, artículos de cuidado personal, soluciones de limpieza, plantas y cuerpos extraños.

Los preparados farmacéuticos comprenden el resto de las exposiciones, y los analgésicos, los preparados tópicos, los productos para la tos y el resfriado y las vitaminas son las categorías más frecuentemente comunicadas.

En 2012, el monóxido de carbono y los analgésicos (paracetamol y salicilato) fueron las principales causas de fallecimiento relacionadas con intoxicaciones en niños pequeños menores de 6 años. Además, los opiáceos, los antidepresivos y los fármacos cardiovasculares de venta con receta y los hidrocarburos alifáticos fueron causas importantes de mortalidad (6)

Las caídas es la lesión más frecuente en niños, no obstante, debida a que la mayoría de ellas son caídas sin consecuencias físicas, su prevención recibe menos atención que otro tipo de lesiones. Sin embargo, son la tercera causa de muerte por lesión no intencionada en la Unión Europea (UE) en menores de 19 años, y la primera causa de ingreso por lesión accidental. (8)

Es un tipo de lesión en la que las inequidades sociales se hacen más patentes, de modo que, en niveles socioeconómicos bajos, son mucho más frecuentes. De forma similar a lo que ocurre en otros tipos de lesiones, son más frecuentes en varones que en niñas. Se dan en todas las edades pero con mayor frecuencia en niños y niñas muy pequeños y en varones adolescentes.(8)

La causa de las caídas importantes es diferente en menores de dos años. En este grupo de edad es más probable que caigan de muebles o que se caigan de los brazos del cuidador. También pueden caer por escaleras. Los niños de 1 a 4 años es más probable que caigan por las escaleras, ventanas, balcones, muebles y equipamientos de juego. Los niños mayores y adolescentes sobre todo caen en los equipamientos deportivos y desde alturas del tipo de tejados, muros.(8)

En El Salvador durante el periodo de 1 de Enero al 1 de Octubre del 2018; en el departamento de Morazán se reportan 17 casos por caídas, 6 Intoxicaciones, 5 casos de quemaduras, y 5 casos de accidentes producidos por cuerpos extraños, no se reportan casos por causa de ahogamientos; en la Zona de Usulután se reportan 42 caídas, 19 casos de intoxicación, 8 casos de quemaduras, 1 caso por ahogamiento y 2 casos de accidentes por cuerpos extraños, todos siendo casos pediátricos.

1.2 Enunciado del Problema

¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres relacionado a los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de las lesiones no intencionadas más comunes de la población infantil de un año a cinco años que consulta en las Unidades de Salud Comunitaria de Torola, Morazán; Concepción Batres e Isla La Pirraya, Usulután, El Salvador, Centroamérica. 2018.?

1.3 Justificación del estudio

Las lesiones no intencionadas no han sido consideradas como un problema en que se deban aplicar medidas correctivas por lo que muchas veces pasa desapercibido, minimizando que puede generar un impacto en el menor ya sea a corto o largo plazo, tanto físico o psíquico que puede afectar su desarrollo de manera óptima lo cual debe ser considerado como un problema de dimensiones sociales, económicos y de salud.

La investigación se realizó para conocer el nivel de conocimiento que tiene la población en relación a las lesiones no intencionadas, basados a que los conocimientos son la base fundamental de la aplicación de medidas correctivas, ya que ante la ausencia de este puede generar un mayor riesgo al menor de sufrir alguna lesión no intencionada.

La importancia del estudio radica en demostrar la existencia del problema y repercusión que este tiene en el menor, siendo la prevención de los mismos una piedra angular en la disminución de la tasa de mortalidad debido a que una lesión no intencionada sea presentada en el niño.

Los accidentes en el hogar pueden ser evitados si se toman las medidas necesarias evitando de esta manera las caídas, quemaduras, ingesta de cuerpos extraños, atragantamiento, y accidentes eléctricos por este motivo el grupo investigador decidió de analizar la presente investigación; ya que con ellos se tuvieron datos fidedignos que sirvieron al ministerio de salud para poder realizar campañas educativas y de comunicación hacia la población con el objetivo de disminuir las consultas o ingresos por lesiones no intencionadas a nivel doméstico.

También se benefició a las Unidades Comunitarias de Salud Familiares relacionadas al trabajo ya que les sirvió como insumo para poder mejorar las charlas de promoción de salud hacia la comunidad. Además, sirvió como base a futuras investigaciones relacionadas con la problemática.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

- Determinar el conocimiento que tienen las madres relacionado a los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de las lesiones no intencionadas más comunes de la población infantil de un año a cinco años que consulta en las unidades de salud comunitaria de Torola, Morazán; Concepción Batres e Isla La Pirraya, Usulután, El Salvador, Centroamérica. 2018.

2.2 Objetivos específicos

- Conocer el conocimiento que poseen las madres relacionados a las lesiones no intencionadas.
- Identificar los factores de riesgo que frecuentemente se ve involucrado en las lesiones no intencionadas en la población en estudio.
- Demostrar la presencia de la problemática de lesiones no intencionada en la zona de estudio.

3. MARCO REFERENCIAL DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR.

3.1 MARCO HISTÓRICO

3.1.1. Unidad Comunitaria de Salud Familiar Torola, Morazán

La población total es de 3098 habitantes; es un pueblo fronterizo con la República de Honduras; limita al norte con San Fernando; al Este con Jocoatique, San Fernando y El Rosario; al sur con el Rosario y San Isidro; al oeste con Honduras y San Antonio del Mosco. Su división territorial administrativamente se divide en cuatro

cantones: Agua Zarca, Cerritos, Progreso, Tijeretas, y 35 caseríos. La topografía es irregular pues comprende parte del cerro El Volcán de Torola. Los servicios básicos con los que cuenta son: Energía eléctrica con una cobertura de 90.5% Cuenta con tren de aseo y agua potable; no cuenta con servicio de aguas negras. El abastecimiento de agua es distribuido por ANDA, los pobladores también se abastecen de agua de quebradas aledañas.

La actividad económica se basa en Agricultura, Ganadería, la siembra del producto de frijol, maicillo, hortaliza, así como la crianza de aves de corral y el ganado bovino y porcino; micro y pequeña empresa. La producción y venta de productos lácteos y granos básicos. Las principales fuentes de empleos son la Agricultura y Jornalearía. Los Animales Domésticos que se observan en la comunidad son Perros, gatos, gallinas, vacas, cerdos, caballos. Y los vectores Habituales: moscas, cucarachas, zancudos y roedores.

La comunidad cuenta con respectivo tendido eléctrico, pozos artesanales, calle de tierra, piedra, adoquín y pavimentada, sanitario lavable y letrina séptica, cocina de gas y de leña. El sistema de comunicaciones se conforma por radio, sistema de telefonía fija, cableado para televisión e internet. La mayoría de la población posee teléfonos celulares. El transporte Público se toma Autobús ruta 334-E cuya ruta es San Miguel, Gotera, San Carlos, Yoloaquín, Osicala, Arambala, La Joya, Jocoatique, Perquin, San Fernando y Torola.

3.1.2. Unidad Comunitaria de Salud Familiar Isla La Pirraya, San Dionisio, Usulután.

Pertenece al municipio de San Dionisio, del Departamento de Usulután. Este es parte de los municipios que son parte de la bahía de Jiquilisco la cual es el ecosistema marino costero más importante de El Salvador, con una superficie total de 101,782 hectáreas. Comprende 55 kilómetros de costa, desde la desembocadura del río Lempa hasta la bocana La Chepona en Jucuarán. En ella hay 27 islas e islotes y 19,449 hectáreas de manglares, con remanentes de bosques dulces aluviales (3,621 ha). Constituye hoy día la mayor extensión de agua salobre y bosque salado de El Salvador. Está formada por numerosos esteros y canales, barras de arena, playas, lagunas de agua

dulce y bosques estacionales saturados conectados con manglares. En su parte norte y noreste existen remanentes de selva baja de planicie costera como El Tercio, Chaguantique, Normandía y Nancuchiname. Dadas sus características, la bahía de Jiquilisco es el hábitat de la mayoría de aves marino-costeras del país. Es el único lugar de anidación, destino o paso de aves acuáticas y migratorias; hogar de boas, iguanas, tortugas, cocodrilos, venados de cola blanca, monos arañas y loras. La bahía ha sido una zona fundamental para la economía nacional, basada principalmente en la producción de sal y la pesca.

Su población total es de 2,166 habitantes siendo un total de 1,148 mujeres y 1,018 hombres. Por la ubicación de las islas que pertenecen, los límites son el océano pacífico y está rodeada de manglares. San Dionisio tiene una extensión de 114.95 km² y 4,945 habitantes. Está dividido en 3 cantones y 7 caseríos. Su zona urbana se divide en los barrios La Parroquia, El Centro y El Calvario.

En la isla San Sebastián está ubicado el puerto La Ceiba, donde se embarcan los habitantes para salir a hacer sus diligencias a San Dionisio o a la ciudad de Usulután. En San Dionisio se encuentran puertos de cabotaje como puerto Grande, puerto San Luis, puerto Mundo Nuevo y puerto La Soledad, todos situados en la zona aledaña a los manglares.

El sistema de comunicaciones se da por medio de radio, sistema de telefonía fija, la mayoría de la población posee teléfonos celulares, hay un sistema de perifoneo en restaurante referente en la comunidad.

La comunidad cuenta con energía eléctrica, el agua potable por medio de un tanque, pero es un porcentaje que no abarca al total de la población por lo que tienen que hacer usos de pozos artesanales. No hay tren de aseo, la basura se quema en hoyos en la arena, los desechos orgánicos van al mar, el porcentaje de letrinas es del 60% no hay sistemas de aguas grises ni aguas negras.

La mayoría son pescadores artesanales que trabajan de forma individual o asociados en cooperativas. Otra actividad económica que empieza a cobrar importancia en la bahía es el turismo de playa y el ecoturismo. Además, este ecosistema muestra

potencial para la producción de alimentos costeros; reproducción de especies costero marinas; y producción industrial de sal, harina de pescado y conchas, muchos de los habitantes cuentan con remesas del extranjero para la subsistencia. Por lo que la mayor fuente de empleos es la pesca, Lanchería y Turismo, venta de comida y tortillería.

Se cuenta con Tendido eléctrico, pozos artesanales, caminos rurales de arena letrina séptica, cocina de gas y de leña.

Animales domésticos que habitan la isla son los perros, gatos, gallinas, vacas, cerdos, caballos. Y los vectores más frecuentes son las moscas, cucarachas, zancudos y roedores.

Acceso a Puerto Parada por transporte terrestre, de Puerto Parada se utilizan lanchas pasajeras o canoas.

3.1.3. Unidad Comunitaria de Salud Familiar Concepción Batres, Usulután.

Con una extensión territorial es 119 Km² la población total de 13,292 habitantes (según SIBASI 2011) de los cuales 80% es población rural y el 20% Se encuentra a 70 metros sobre el nivel del mar. Se divide territorialmente en Concepción Batres está formado por los siguientes cantones:

1. El Cañal (cinco caseríos), 2. El Paraisal (dos caseríos), 3. El Porvenir (cuatro caseríos), 4. Hacienda Nueva (tres caseríos), 5. San Ildefonso (cuatro caseríos), 6. La Anchila (siete Caseríos), 7. La Danta (cinco caseríos), 8. San Antonio (cuatro Caseríos), 9. San Felipe (cuatro caseríos), y la Zona Urbana (cuatro Barrios; La Parroquia, Candelaria, San Antonio y El Calvario y dos Colonias (El Amaya y Colonia El Progreso).

El municipio cuenta con varias fuentes hídricas dentro de los cuales tenemos de San Diego, Batres, Grande de San Miguel, Méndez, Anchila, Tablón, Paso Hondo, Calentura, El Cañal, Zope y Ereguayquin. Su relieve se representa por Cerros de Hacienda Nueva, Anchila, Azules, El Encantado, La Pancha, Las Tablas, San Francisco y Agua Caliente.

La economía local se mantiene por Granos básicos, hortalizas, verduras, así como crianza de ganado vacuno, porcino, aves de corral y cunicultura. La principal industria del

municipio la constituyen las estructuras metálicas y la pesca de manutención. Los perros, gatos, gallinas, vacas, cerdos, caballos son los animales domésticos que encontraremos y con los siguientes vectores moscas, cucarachas, zancudos y roedores. Su actividad comercial la realiza con las cabeceras municipales de: El Tránsito (departamento de San Miguel), Ereguayquín, Santa María, Usulután y otras.

La ciudad de Concepción Batres se comunica por la Carretera del Litoral (CA-2) con las ciudades de El Tránsito (departamento de San Miguel), Ereguayquín, Santa María y Usulután. Cantones y caseríos se enlazan por caminos vecinales a la cabecera municipal. La comunicación del municipio se da por medio del teléfono celular, televisión por cable, internet, radio. Costumbres y tradiciones: Las fiestas patronales son en honor a la Virgen de Concepción, del 01 al 08 de diciembre. Fiestas Titulares del 11 al 14 de febrero en honor a Jesucito del rescate.

3.2 MARCO TEÓRICO.

3.2.1. Conocimiento

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección.

3.2.2. Riesgo

El concepto de riesgo implica la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

3.2.3. Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

3.2.3.1 Factores sociales

Agentes, elementos que contribuyen a causar un efecto junto con otras magnitudes del mismo tipo y produce un suceso como un estado o determina un proceso viable que concierne a la sociedad o a una colectividad humana. Lo citado son aquellas cosas que afecta a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar o en el espacio en que se encuentran.

3.2.3.1 Factores culturales

La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas esto ayuda a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista éticos sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

3.2.4 Accidente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, que ocurre independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de trastornos orgánicos o mentales que pueden traducirse en incapacidad, secuelas o muerte.

3.2.4.1 Accidente doméstico

Son aquellos accidentes que ocurren en la vivienda propiamente dicha, patios, jardín, garajes, accesos a los pisos, vestíbulos de las escaleras, todos los lugares pertenecientes al domicilio.

3.2.5 Lesión

Lesión es el daño físico que se produce cuando el cuerpo humano es sometido a la descarga de cantidades de energía que superan el umbral fisiológico o se ve privado de elementos vitales como el oxígeno. La energía puede ser mecánica, térmica, química, o radiante. Las principales causas de lesiones no-intencionales son las producidas por tráfico en carreteras, envenenamientos, ahogamientos, caídas y quemaduras.

3.2.5.1 Lesiones no intencionadas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, que ocurre independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de trastornos orgánicos o mentales que pueden traducirse en incapacidad, secuelas o muerte. Sin embargo, este concepto adolece de un factor fundamental que es su etiología múltiple, que permite la interacción de factores relacionados con el individuo y su medio ambiente físico y social.

Un accidente indica la existencia real de un riesgo, que no fue detectado anteriormente o no corregido y lo conocemos lamentablemente a través de sus consecuencias. (5)

La posibilidad de que ocurra un accidente existe en todos los campos de la actividad humana y en todas las edades. El accidente específicamente en el niño menor de cinco años es resultado de las consecuencias finales de obras, condiciones y acciones que no respetan la existencia de un infante que crece a la par del desarrollo tecnológico y social. (7,8).

Considerar que los accidentes pediátricos son el precio normal e inevitable que un adulto debe pagar o hacer pagar al niño, es una actitud demasiado cómoda e inadmisibles.

Mundialmente se produce un cuarto de millón de fallecidos por esta causa; es decir una muerte cada 5 segundos y un traumatismo cada 2 segundos.

3.3 Caídas

La mayoría de ellas son caídas sin consecuencias físicas, su prevención recibe menos atención que otro tipo de lesiones. Sin embargo, son la tercera causa de muerte por lesión no intencionada en la Unión Europea (UE) en menores de 19 años, y la primera causa de ingreso por lesión accidental.

Es un tipo de lesión en la que las inequidades sociales se hacen más patentes, de modo que, en niveles socioeconómicos bajos, son mucho más frecuentes. De forma similar a lo que ocurre en otros tipos de lesiones, son más frecuentes en varones que en

niñas. Se dan en todas las edades, pero con mayor frecuencia en niños y niñas muy pequeños y en varones adolescentes.

La causa de las caídas importantes es diferente en menores de dos años. En este grupo de edad es más probable que caigan de muebles o que se caigan de los brazos del cuidador. También pueden caer por escaleras. Los niños de 1 a 4 años es más probable que caigan por las escaleras, ventanas, balcones, muebles y equipamientos de juego. Los niños mayores y adolescentes sobre todo caen en los equipamientos deportivos y desde alturas del tipo de tejados, muro.

Caídas potencialmente graves, fácilmente evitables

3.3.1 Andador

El andador, es un instrumento desaconsejado por todos los grupos de expertos en prevención de lesiones, pero que sigue utilizándose ampliamente. Los padres que lo usan, lo hacen por creer que el niño está más seguro, y que va a aprender a caminar antes. Ambas afirmaciones son falsas, incluso es cierto lo contrario.

El andador implica un aumento de peligro de lesión por caídas (especialmente de caídas por escaleras), y también de intoxicaciones, de golpes con objetos derribados por el niño, de quemaduras, e incluso de ahogamiento. El motivo es el aumento de la movilidad y de la velocidad del niño al desplazarse y la mayor altura que alcanza.

Multiplican por cuatro el riesgo de caída por una escalera y duplican el riesgo de fractura por caída por la misma; además, adelantan la edad de una caída por una escalera de los doce a los ocho meses.

3.3.2 Escaleras

En las viviendas con más de un nivel (unifamiliares o dúplex) se deben instalar barreras protectoras abajo y arriba de cada tramo de escaleras, y mantenerlas siempre cerradas.

Estas barreras, además, deben de cumplir una serie de normas para que eviten lesiones y sean realmente seguras. Las barreras que se instalan a presión sólo son aptas

para colocarlas al pie de las escaleras, pero en la parte superior deben ser barreras que se atornillen a la pared para que el niño no las pueda vencer con su peso.

3.3.4 Ventanas

Sin duda una de las caídas más peligrosas es la que puede sufrir un niño al caer por una ventana o un balcón o terraza.

Es una prioridad absoluta proteger al niño del acceso a ventanas abiertas. Para ello, en primer lugar, no se deben colocar muebles a los que el niño pueda trepar delante de una ventana.

Lo mejor es instalar elementos de seguridad para que no se puedan abrir totalmente, permitiendo una apertura parcial para ventilar.

Este tipo de caídas han de ser prioritarias en su prevención, por lo que los motivos estéticos han de pasar a un segundo lugar a la hora de instalar dispositivos o mallas de seguridad en ventanas y balcones.

3.3.5 Caídas desde muebles

Parece una obviedad decir que, si se deja a los niños que trepen a los muebles, pueden caer y lesionarse. Esto es así y es necesario instruir y vigilar a los niños para que no tengan estas conductas de riesgo.

Respecto a los muebles, es necesario que estén sujetos a la pared, especialmente estanterías y muebles altos para evitar que se vengzan si el niño intenta trepar.

3.4 Quemaduras

Una quemadura es un traumatismo de la piel o de otros tejidos corporales causado por el calor. Tiene lugar cuando algunas o todas las células de la piel o de otros tejidos son destruidas por líquidos calientes (escaldaduras), sólidos calientes (quemaduras por contacto) o llamas (quemaduras por fuego). Las lesiones de la piel o de otros tejidos debidas a la radiación, la radiactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos también se consideran quemaduras.

Las quemaduras son una de las principales causas de muerte accidental en niños, superada tan sólo por las debidas a accidentes de tráfico.

3.5 Ahogamiento y lesiones por inmersión

La federación internacional de salvamento desarrolló la siguiente definición: Es el proceso de experimentar impedimento de los cuales se refiere respiratorio por la sumersión o inmersión en un medio líquido; que puede resultar en muerte o ser interrumpida por el rescate oportuno con la efectiva atención de emergencia

En el ahogamiento, las vías respiratorias se sumergen en un líquido, causando dificultad respiratoria. El desenlace puede ser mortal o no mortal, pero puede causar daños neurológicos importantes. El ahogamiento es una de las causas principales de morbimortalidad infantil en todo el mundo.

Las mayores tasas de ahogamiento corresponden a los niños de 5 años, seguidos por los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años. Este modelo suele ser uniforme en todo el mundo y se relaciona con el crecimiento y el desarrollo. Dado que los menores de un año generalmente son incapaces de acceder al agua por sí mismos, el ahogamiento involuntario a esta edad suele ocurrir cuando el niño se queda solo o a cargo de una persona no calificada como un hermano pequeño cuando están en el agua o cerca de ella. En cambio, los niños que se mueven más y son más curiosos, pero que todavía son demasiado pequeños para tener conciencia del riesgo o capacidad de evitarlo, suelen alejarse del adulto encargado de vigilarlos y pueden caer en una masa de agua vecina o trepar hasta ella.

Los niños están en riesgo de ahogarse cuando se exponen a un elemento acuático en su entorno. La definición del Congreso Mundial sobre Ahogamiento es la siguiente: «el ahogamiento es el proceso de experimentar deterioro respiratorio por sumersión o inmersión en un líquido». El término ahogamiento no implica cuál es el resultado final, si la muerte o la supervivencia; este resultado debe subdividirse en ahogamiento mortal o no mortal. La aplicación de dicha terminología debería mejorar la consistencia de las notificaciones y de la investigación; la utilización de terminología confusa como «casi»,

«húmedo», «seco», «secundario», «silente», «pasivo» y «activo» debería abandonarse. La lesión posterior a un incidente de ahogamiento es la hipoxia.

El riesgo de ahogamiento y las circunstancias que conducen a él varían según la edad.

La mayoría (71%) de los fallecimientos por ahogamiento en niños menores de 1 año se produce en las bañeras, cuando se deja al lactante a solas o bajo la «supervisión» de un hermano mayor. Los asientos o aros de la bañera para los lactantes pueden aumentar el riesgo, al transmitirles a los cuidadores una falsa sensación de seguridad de que el niño está a salvo de problemas en dichos dispositivos. El siguiente factor de riesgo para este grupo de edad son los barreños grandes (15-20 litros), implicados en el 16% de las muertes de lactantes ahogados. Estos barreños tienen unos 30 cm de alto y están diseñados para no volcar cuando están a medio llenar. Un niño de unos 9 meses suele estar descompensado por el peso de la cabeza, de manera que puede caer de cabeza en el barreño a medio llenar, quedar atrapado y ahogarse en cuestión de minutos.

Niños de 1 a 4 años: Las tasas de ahogamiento más altas se mantienen de forma constante en los niños de 1 a 4 años, probablemente por su naturaleza curiosa pero inconsciente, junto con la rápida progresión de sus aptitudes físicas. Un factor frecuente en muchas de estas muertes es un lapso en la vigilancia por parte de un adulto, a menudo 5 minutos. La mayoría de los ahogamientos en EE.UU. se produce en piscinas residenciales. Por lo general, el niño está en su propia casa y su cuidador no espera que el niño se encuentre cerca de la piscina. En las áreas rurales, los niños de este grupo de edad suelen ahogarse en canales de regadío o cerca de estanques y ríos. Las circunstancias son similares a las ya señaladas, en una masa de agua que está próxima a la casa.

Los niños en edad escolar tienen mayor riesgo de ahogarse en masa de agua naturales como lagos, estanques, ríos y canales. Aunque los ahogamientos en las piscinas son responsables de la mayoría de los casos no mortales, las aguas abiertas son responsables de la mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad y durante la adolescencia. A diferencia de los niños en edad preescolar, la natación o las actividades

náuticas son factores importantes en las lesiones por ahogamiento en niños en edad escolar.

3.6 Intoxicaciones

Una intoxicación se produce por exposición, ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica siempre y cuando sea de composición química.

Más del 90% de las exposiciones a tóxicos en niños ocurren en el hogar y en la mayoría sólo está implicada una sustancia. La gran mayoría de estas exposiciones son ingestiones, y son una minoría las que ocurren a través de las vías dérmica, inhalatoria u oftalmológica. Aproximadamente en el 50% de los casos se trata de sustancias no farmacológicas, como cosméticos, artículos de cuidado personal, soluciones de limpieza, plantas y cuerpos extraños. Los preparados farmacéuticos comprenden el resto de las exposiciones, y los analgésicos, los preparados tópicos, los productos para la tos y el resfriado y las vitaminas son las categorías más frecuentemente comunicadas. La mayoría de las intoxicaciones en los niños menores de 6 años se pueden tratar sin intervención médica directa (salvo llamar al centro regional de control de intoxicaciones), ya sea porque el producto en cuestión no sea tóxico o la cantidad de la sustancia no sea suficiente para producir efectos tóxicos clínicamente relevantes. Sin embargo, muchas sustancias son potencialmente muy tóxicas para los niños pequeños en dosis bajas.

3.7 Cuerpos extraños.

Se conoce como cuerpo extraño cualquier objeto procedente del exterior del organismo, ya sea orgánico o inorgánico, introducido voluntaria o involuntariamente en el interior del cuerpo humano. Además, cualquier objeto de pequeño tamaño es un cuerpo extraño en potencia para un niño.

La importancia de los mismos varía en función del tamaño, de su naturaleza y de la localización en la que se encuentran. La mayoría de las ocasiones se tratará de un susto pasajero y el cuerpo extraño será expulsado sin mayor dificultad.

3.7.1 Cuerpo extraño en nariz.

La edad típica suele estar entre los 2 y 5 años, pero puede suceder a cualquier edad. Se puede ver todo tipo de cuerpos extraños como alimentos, juguetes pequeños (canicas), trozos de lápices de colores, bolitas de papel, plastilinas, semillas, e incluso insectos.

La presencia de un cuerpo extraño en la nariz es un cuadro que, aunque se observa en los servicios de urgencia, tiene una importancia menor. Va a producir obstrucción nasal, estornudos, malestar leve y raramente dolor. En ocasiones puede pasar desapercibido y dar síntomas tardíos (secreción maloliente y obstrucción nasal unilateral).

3.7.2 Cuerpo extraño en oído.

Los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo constituyen una afección relativamente frecuente que debe atenderse en la consulta externa, específicamente en el servicio de urgencias otorrinolaringológicas.

La mayoría de los pacientes que acude al otorrinolaringólogo con este problema ha tenido manipulación previa en el intento de resolver la situación (extracción del cuerpo extraño) por parte de los padres.

Se ha observado que los niños con infecciones crónicas del oído externo suelen introducirse objetos con mayor frecuencia en sus oídos.

Los más frecuentes son: Alimentos, insectos, juguetes, botones, trozos de lápices de colores, pilas pequeñas, etc.

En ocasiones pueden no provocar síntomas, o manifestarse más tardíamente, pero, sobre todo, un cuerpo extraño en el conducto auditivo, puede afectar a la audición. En caso de que se trate de un insecto puede escucharse un zumbido.

3.7.3 Cuerpos extraños en vías respiratorias

La importancia de los mismos varía en función del tamaño, de su naturaleza y de la localización en la que se encuentran. La mayoría de las ocasiones se tratará de un susto pasajero y el cuerpo extraño será expulsado sin mayor dificultad.

Cuando un cuerpo extraño pasa a la vía aérea, el organismo reacciona de forma inmediata, automática, con el reflejo de la tos. La tos violenta puede hacer que el objeto sea expulsado al exterior solucionando el problema. Pero puede ocurrir que el cuerpo extraño se detenga en algún punto del trayecto provocando una obstrucción –parcial o total– que puede llevar a un fallo respiratorio (cianosis) severo. También puede ocurrir que el objeto logre pasar parte del trayecto para situarse a nivel más distal, mejorando transitoriamente la insuficiencia respiratoria.

El 65% de los casos ocurre en niños de 1 a 3 años. El 80% corresponden a frutos secos. Existe otro pico de edad, niños más mayores, en quienes los objetos aspirados son plásticos de material escolar. La mayoría se dirigen hacia el pulmón derecho.

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis de trabajo

Hi: Las madres de los niños mayores de un año a cinco años conocen sobre los factores predisponentes las lesiones no intencionadas en el hogar.

4.2 Hipótesis alternas.

H1= Las madres poseen conocimientos relacionados a las lesiones no intencionadas.

H2= Existen factores de riesgo involucrados en los accidentes en el hogar en niños de un año a cinco años edad.

4.3 Hipótesis nulas

Ho1= Las madres no poseen conocimientos relacionados a las lesiones no intencionadas.

H₀₂= No existen factores de riesgo involucrados en los accidentes en el hogar en niños de uno a cinco años edad.

4.4 Variables

V1 Conocimiento

v2 Factores de riesgo

v3 Lesiones no intencionadas

4.5 UNIDAD DE INFORMACION

4.5.1 Unidad de información: las madres de los niños de uno a cinco años que cumplen los criterios de inclusión de las unidades de salud comunitaria familiar en estudio.

4.5.2 Unidad de análisis: los niños de uno a cinco años que cumplen con los criterios de inclusión de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio

4.6 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

Hipótesis	Variables	Definición conceptual.	Dimensiones.	Indicadores.
H1= Las madres poseen conocimientos relacionados a las lesiones no intencionadas.	Conocimientos	Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, es decir la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.	Educación. Conocimientos específicos de lesiones no intencionadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Alfabetismo. • Nivel académico. • Definición de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Caída. ○ Quemadura. ○ Ahogamiento. ○ Intoxicaciones. ○ Cuerpos extraños.
H2= Existen factores de riesgo involucrados en los accidentes en el hogar en niños de uno a cinco años edad.	Factores de riesgo.	Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, que ocurre independientemente de la voluntad humana	Factores sociales. Datos demográficos de la madre. Datos demográficos del menor.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Procedencia. • Ocupación. • Estado Civil. • Edad. • Sexo.

Hipótesis.	Variables.	Definición operacional	Dimensiones.	Indicadores.
			Factores actitudinales ante lesiones no intencionadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas en el desarrollo. • Uso de amortiguadores ante caídas. • Acceso a cerrillos. • Tipo de la cocina. • Ubicación de la cocina. • Superficies de agua no cubiertas. • Lugar de almacenamiento de sustancias tóxicas. • Ubicación de objetos extraños. • Antecedentes de lesiones en el menor.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

Cuantitativo: Ya que el estudio fue orientado a determinar cifras estadísticas del comportamiento del nivel de conocimiento de lesiones no intencionadas en población infantil inscritas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Torola, Concepción Batres e Isla La Pirraya.

5.1.1 Diseño de estudio

Fue un estudio de tipo **prospectivo -transversal- descriptivo**

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el estudio fue **Retro-prospectivo**: Ya que para la obtención de información que sirvió a la fundamentación del problema en estudio, se utilizaron datos ocurridos tanto en tiempo pasado como también según el desarrollo del estudio.

Según el período y secuencia del estudio fue **transversal**: Porque se estudió el conocimiento de los Factores que influyen en el apareamiento de lesiones no intencionados en niños de 1ª a 5ª de edad, en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, ya que fue ejecutado en el periodo comprendido de Enero a Octubre del 2018.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue **Descriptivo**: Porque se hizo una descripción de los Factores que influyen en el apareamiento de lesiones no intencionadas, para así mejorar la comprensión de la problemática.

5.2 UNIVERSO Y MUESTRA.

5.2.1 Universo

Tabla 1.

Unidad comunitaria de salud familiar	Número total de población infantil de 1 a 5 ^a
TOROLA	246
CONCEPCION BATRES	250
ISLA PIRRAYA	174
TOTAL	670

FUENTE: POA de las unidades de salud comunitarias familiares de Torola, Morazán, Concepción Batres e isla Pirraya Usulután 2018.

5.3.2 Muestra

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxilió de la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1) E^2 + Z^2 pq}$$

n: es el tamaño de la muestra que se quiere calcular.

N: tamaño de la población

Z: es la desviación de valor medio que se acepta para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso el nivel de confianza a usar será de 95% > Z = 1.96

E: margen de error máximo que se admite 5% = 0.05

p: es la probabilidad de éxito 50% = 0.5

q: es la probabilidad de fracaso 50% = 0.5

UCSF TOROLA, MORAZAN.

Datos:

n: ?

N: 246

Z: 95% = 1.96

p: 50% = 0.5

q: 50% = 0.5

E: 5% = 0.05

Sustituyendo datos

$$n = \frac{(1.96 * 1.96) (0.50 * 0.50) x 246}{$$

$$245 x (0.05 * 0.05) + (1.96 x 1.96) x (0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) x 246}{$$

$$245 x (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{(0.9604) (246)}{$$

$$0.6125 + 0.9604}$$

$$n = \frac{236.2584}{$$

$$1.5754}$$

$$n = 149.96$$

n ≈ 150

UCSF CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.

Datos:

n: ?

N: 150

Z: 95% = 1.96

$$p: 50\% = 0.5$$

$$q: 50\% = 0.5$$

$$E: 5\% = 0.05$$

Sustituyendo datos

$$n = \frac{(1.96 * 1.96) (0.50 * 0.50) \times 250}{$$

$$549 \times (0.05 * 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) \times 250}{$$

$$249 \times 0.0025 + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{(0.9604) (250)}{$$

$$0.6225 + 0.9604}$$

$$n = \frac{240.1}{$$

$$1.5829}$$

$$n = 151.68$$

$$n \approx 152$$

UCSF LA PIRRAYA, USULUTÁN.

Datos:

$$n: ?$$

$$N: 174$$

$$Z: 95\% = 1.96$$

$$p: 50\% = 0.5$$

$$q: 50\% = 0.5$$

E: 5% = 0.05

Sustituyendo datos

$$n = \frac{(1.96 * 1.96) (0.50 * 0.50)}{0.05} \times 174$$

$$173 \times (0.05 * 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 * 0.5)$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025} \times 174$$

$$173 \times (0.0025) + (3.8416)(0.25)$$

$$n = \frac{(0.9604) (174)}{0.4325 + 0.9604}$$

$$0.4325 + 0.9604$$

$$n = \frac{167.1096}{1.3929}$$

$$1.3929$$

$$n = 119.972$$

n ≈ 120

5.2.1 Muestra por cada Unidad de Salud

Tabla 2

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Muestra
Torola, Morazán	150
Concepción Batres Usulután	152
Isla Pirraya Usulután	120
Total	422

Fuente: POA UCSF (DIGESTYC), SIIF (Sistema de información de fichas familiares).

5.3 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

5.3.1 Criterios de inclusión

- Madre de niños de 1 a 5 años de edad que asistan al control infantil o por morbilidad
- Que deseen participar voluntariamente en el estudio
- Que pertenezcan al área geográfica de influencia de la Unidad de Salud.

5.3.2 Criterios de exclusión.

- Niños con malformaciones congénitas (osteogenesis imperfecta)
- Madre con retardo mental
- Madre con discapacidad (ceguera, sordera y problemas para articular lenguaje)
- Madre con trastornos psiquiátricos.

5.4 TIPO DE MUESTREO

Muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las madres tuvieron la probabilidad de ser incluidas en el estudio y a las cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión; siendo esta población de la UCSF Torola, Morazán, Concepción Batres e isla Pirraya Usulután 2018.

5.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.5.1 Documental bibliográfico: se obtuvo información a través de libros, artículos, tesis, normativas y diccionarios especializados.

5.5.2 Documental hemerográfica: se obtuvo información de diversas revistas y documentos tanto escritos como digitales.

5.5.3 Técnica de trabajo de campo: se obtuvo la encuesta, la cual permitió entrevistar a la población en estudio y recopilar información sobre el tema de investigación.

5.6 INSTRUMENTO

Una cédula de entrevista de 27 preguntas, de las cuales 22 tienen respuestas de opción múltiple, 5 preguntas cerradas sin incluir preguntas abiertas por el tipo de investigación a realizar.

La cédula de entrevista estuvo estructurada de la siguiente manera:

- De la pregunta 1 a la 8 se evaluarán las características socio demográficas
- De la pregunta 9 a la 17 se evaluarán conocimientos sobre lesiones no intencionadas
- De la pregunta 18 a la 27 se evaluarán factores de riesgo relacionadas a lesiones no intencionadas

Además el grupo de investigación elaboró una escala de medición que sirvió para determinar el nivel de conocimientos que tiene las madres de niños de 1 a 5 años, esta escala se aplicó de la siguiente manera si la madre contestó correctamente más de 22 preguntas se le dio una ponderación mayor o igual del 75% la cual equivale a tener conocimientos aceptables, si contestó entre 10 y 22 preguntas, se le dio una ponderación mayor del 50% y menor del 75% la cual equivale a conocimiento poco aceptable, y una ponderación menor o igual del 50 % equivale a contestar correctamente menos de 10 preguntas, dando como resultado un conocimiento no aceptable sobre conocimiento de factores de riesgo relacionada a lesiones no intencionadas.

Tabla N°3: ESCALA DE MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO.

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO		RESPUESTAS CORRECTAS
Conocimiento aceptable (Muy bueno)	Mayor del 75%	9 a 13
Conocimiento poco aceptable (Bueno)	Del 50% a menor del 75%	4-8
Conocimiento no aceptable (Deficiente)	Menor del 50%	0-3

Fuente: Escala elaborada por el grupo de investigación.

5.7 PROCEDIMIENTO

5.7.1. Planificación

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de medicina y las coordinadoras del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el cual se llevó a cabo dicha investigación. Además, se inició la recolección de información sobre el tema seleccionado.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita, al cual, se le realizaron correcciones señaladas por la asesora.

Dicho perfil fue aprobado por asesor y coordinador de proceso de graduación. Con asesoría metodología y tomando como base el perfil de investigación, se realizaron la elaboración del protocolo de investigación.

5.7.2. Ejecución

La población estudiada fue distribuida de la siguiente manera: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Torola, Concepción Batres, e Isla la Pirraya, Usulután del 2018

El trabajo se realizó cuando las madres llegaron con sus hijos a su control infantil y/o consulta por morbilidad a las distintas unidades comunitarias de salud familiar en donde se realizó el estudio, se les explicó en que consistía éste y si estaban dispuestas a participar en él, posteriormente se le proporcionó el consentimiento informado, se procedió a pasar la cédula de entrevista de forma verbal a la paciente, a la vez que se fue dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas por las pacientes.

5.7.2.1. Validación de instrumento.

Previo a la realización de la investigación, se hizo la validación del instrumento en la UCSF La Presita del departamento de San Miguel con 10 madres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas

de la cédula de entrevista que sirvieron posteriormente para evitar sesgos modificaciones.

5.7.2.2. Recolección de datos.

La población estudiada fue 422 madres de niños de 1 año a menores de cinco años de edad que asistieron al control de niño sano, o por morbilidad distribuidas de la siguiente manera:

En UCSF Torola se pasaron entre las madres que cumplan criterios de inclusión un total de 150 entrevistas, en UCSF Concepción Batres fue 152 entrevistas y en UCSF Isla Pirraya un total de 120 entrevistas.

Estos datos se estuvieron recolectando a partir de mayo a agosto de 2018 para su posterior análisis e interpretación.

5.8 Plan de análisis

Para darle respuesta a los resultados de la investigación, con respecto al conocimiento relacionado a los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de lesiones no intencionadas en niños de uno a cinco años de edad que asisten a las unidades de salud de Torola, Morazán, concepción Batres intermedia Usulután, isla la Pirraya Usulután. Se realizó la tabulación utilizando el programa Microsoft excel y SPSS de esta manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las propuestas.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se explicó a las madres de niños de uno a cinco años durante la consulta la importancia de la investigación, se les informó sobre la confidencialidad de los datos proporcionados, y se les pidió colaboración para responder a las interrogantes necesarias, a la vez las madres que aceptaron participar en la investigación se les solicito firmar el consentimiento informado.

6. RESULTADOS.

6.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA CEDÚLA DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES EN ESTUDIO.

Este apartado se divide en cuatro partes, correspondiendo la primera a los datos sociodemográficos de las madres; el segundo apartado es sobre los datos de los niños en estudio; la tercera a los conocimientos de las madres y la cuarta parte a los factores de riesgo.

6.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE.

Esta sección contiene datos generales de la madre como: edad, procedencia, alfabeto, nivel académico, ocupación y estado familiar.

Tabla 4: Características sociodemográficas de las madres entrevistadas.

	Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menor o igual a 19 años	124	29%
	De 20 a 35 años	278	66%
	Mayor de 35 años	20	5%
	Total	422	100%
Procedencia	Rural	300	71%
	Urbano	122	29%
	Total	422	100%
Alfabetismo	Si	373	88%
	No	49	12%
	Total	422	100%
Nivel de escolaridad	Primaria	199	47%
	Secundaria	105	25%
	Bachillerato	60	14%
	Universitaria	10	2%
	Ninguno	49	12%
	Total	422	100%

Ocupación	Ama de casa	365	86%
	Comerciante	21	5%
	Oficina	7	2%
	Agricultura	25	6%
	Oficio domestico	2	0.5%
	Desempleada.	2	0.5%
	Otros	0	0%
	Total	422	100%
Estado familiar:	Soltera	45	11%
	Casada	48	11%
	Acompañada	326	77%
	Viuda	3	1%
	Total	422	100%

Fuente: Cédula de la entrevista.

Análisis:

En la tabla N° 4 se encuentran las características sociodemográficas de las madres de los niños en estudio; Al conocer las edades de las madres o responsables de los menores que integraron el estudio, el 66% oscila entre 20 a 35 años, el 29% menor o igual a 19 años y el 5% restante posee las edades mayores de 35 años.

El 71% de las madres o responsables de los menores son de procedencia rural mientras que el 29% son de procedencia urbana.

En lo relacionado al alfabetismo de las madres o responsables el 88% afirma si ser alfabeta, lo contrario al 12% que es analfabeta.

El 47% de las madres posee un nivel académico primario, el 25% secundaria, el 14% educación media es decir bachillerato, el 12% no tiene escolaridad y el 2% es Universitaria.

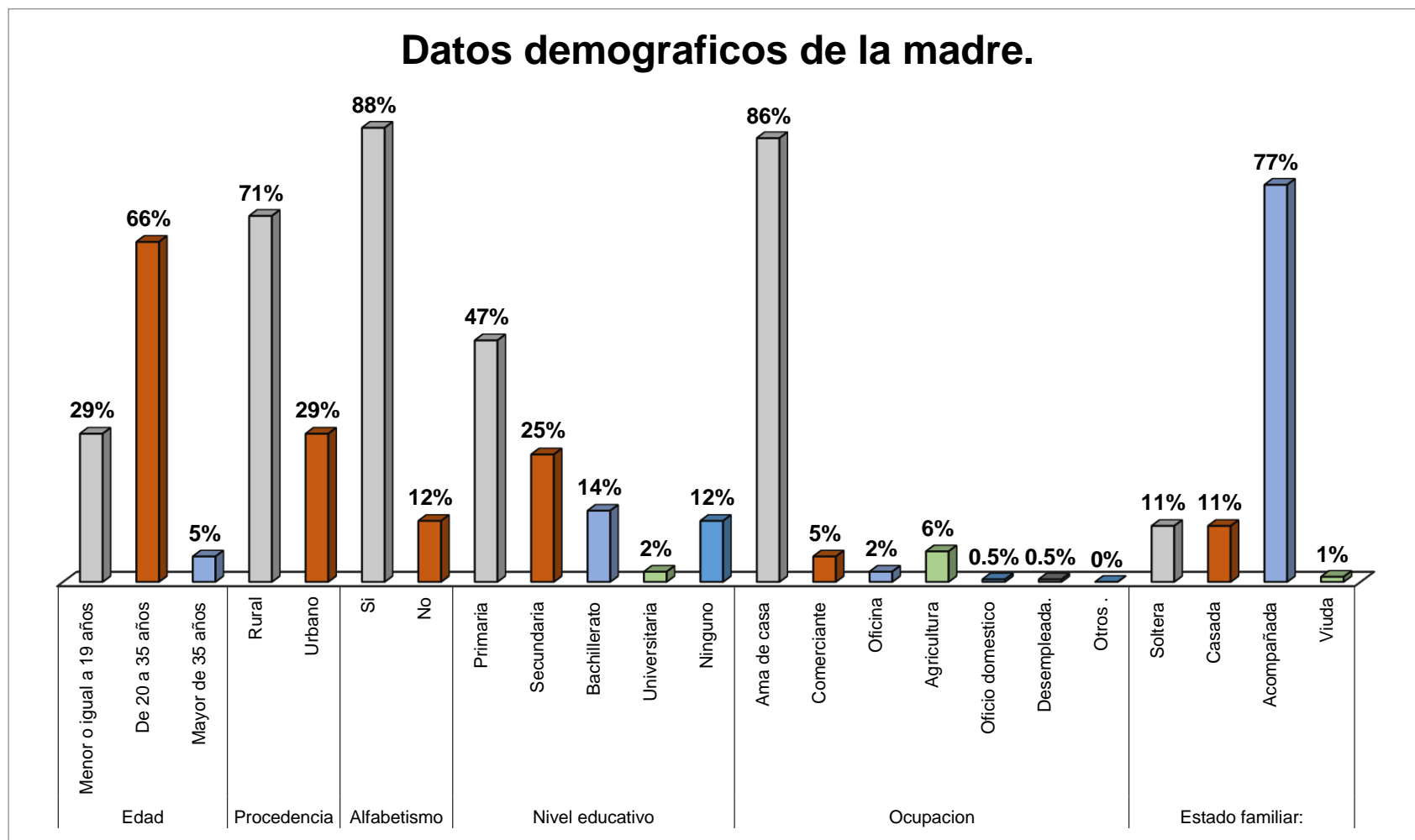
De las 422 madres entrevistadas, el 86% son ama de casa, el 6% se dedican a la agricultura, el 5% es comerciante, el 2% realiza labores de oficina, el 0.5% trabaja en los oficios domésticos y con igualdad del 0.5% se encuentra el desempleo.

En relación al estado familiar de las madres de los menores en estudio, el 77% está acompañadas, el 11% soltera, con igualdad de 11% se presentó el estado civil de casados y el 1% viuda.

Interpretación:

De las características demográficas de las mujeres se destacan que se presentó con mayor frecuencia de 20 a 35 años; una etapa en la cual todavía no se posee la madurez lo cual podría afectar el cuidado del menor que podría conllevar a lesiones no intencionadas. La procedencia se relaciona con la salud por estilos de vida propios de la población; en el estudio la zona rural se presentó en mayor porcentaje, lo cual podría influir a déficit de medidas preventivas ante las lesiones no intencionadas por los caracteres propios de las personas. El alfabetismo condiciona el poder captar información la cual posteriormente debe poner en práctica la población; en su mayoría de las madres o responsables de los menores si son alfabetas; facilitando así la lectura de algunas medidas preventivas que debe tomar en cuenta ante las lesiones no intencionadas. El grado académico se relaciona a la comprensión de la información dada por el personal de salud; en el estudio realizado en su mayoría tiene un nivel de escolaridad de básica; lo cual podría dificultar el entender toda la información dada por el personal de salud por los términos que se abordan en las consejerías y charlas. La ocupación está relacionada al enfoque económico en el ingreso monetario para el hogar; en su mayoría la ocupación doméstica es la que se presentó, además de tener déficit de ingresos también se relaciona a la falta de atención que pueda El estado familiar se orienta a la distribución de responsabilidades dentro del hogar, en el estudio se presentó en su mayoría el estado civil acompañados por lo que la madre podría tener una ayuda económica de su pareja para mantener el hogar.

Gráfico N°1: Datos sociodemográficos de las madres entrevistadas.



Fuente: tabla 4.

6.2.2 Características sociodemográficas del niño.

En este apartado se incluye el sexo y la edad del infante que es parte del estudio.

Tabla 5: Datos sociodemográficos de los niños en estudio.

Alternativa		Frecuencia	Porcentaje
Edad de los menores	1 Año	140	33%
	2 Años	133	32%
	3 Años	110	26%
	4 Años	27	6%
	5 Años	12	3%
	Total	422	100%
Sexo de los menores	Masculino	226	54%
	Femenino	196	46%
	Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

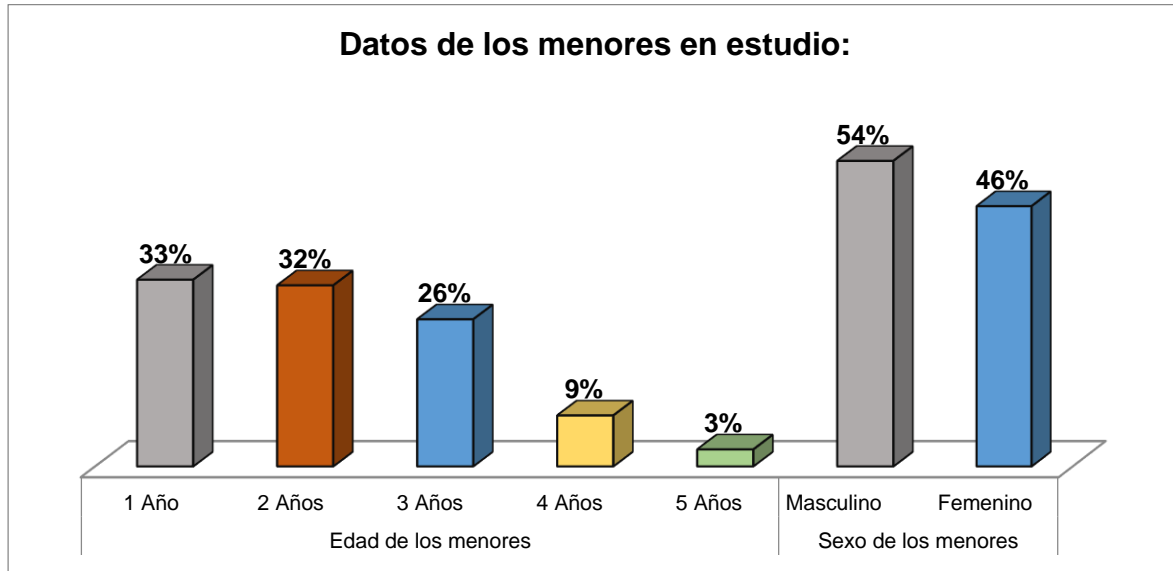
Análisis:

Según la tabla N° 5 expresa las características demográficas de los menores en estudio; Las edades de los menores que conformaron el estudio, el 33% tiene 1 año, el 32% tiene 2 años, el 26% tiene 3 años, el 6% tiene 4 años, el 3% tiene 5 años. En relación al sexo del menor el 54% de los menores de las madres o responsables entrevistados son de sexo masculino y el 46% es de sexo femenino.

Interpretación:

La edad de los menores que integraron el estudio en su mayoría es de 1 año una edad que presenta más vulnerabilidad a lesiones no intencionadas debido que ellos son más inquietos por lo que las madres deben de prestar la mayor atención en su cuidado debido a que una lesión puede ser complicada en estos menores. En su mayoría el sexo de los hijos de las madres o responsables entrevistados es de sexo masculino.

Gráfico 2: Datos sociodemográficos de los niños en estudio.



Fuente: tabla 5.

6.1.3 CONOCIMIENTO SOBRE LESIONES NO INTENCIONADAS.

En esta parte se incluyen los conocimientos específicos sobre lo que son caídas, quemaduras, ahogamientos, intoxicaciones y cuerpos extraños y frecuencia de lesiones no intencionadas.

Tabla 6. ¿Sabe usted que es una caída?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Perder el equilibrio.	119	28%
B) Caer al suelo al tropezar, ser empujado por otra persona *	238	57%
C) Presencia de fractura en una parte del cuerpo	21	5%
D) Es la acción de chocar con fuerza contra un objeto	44	10%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

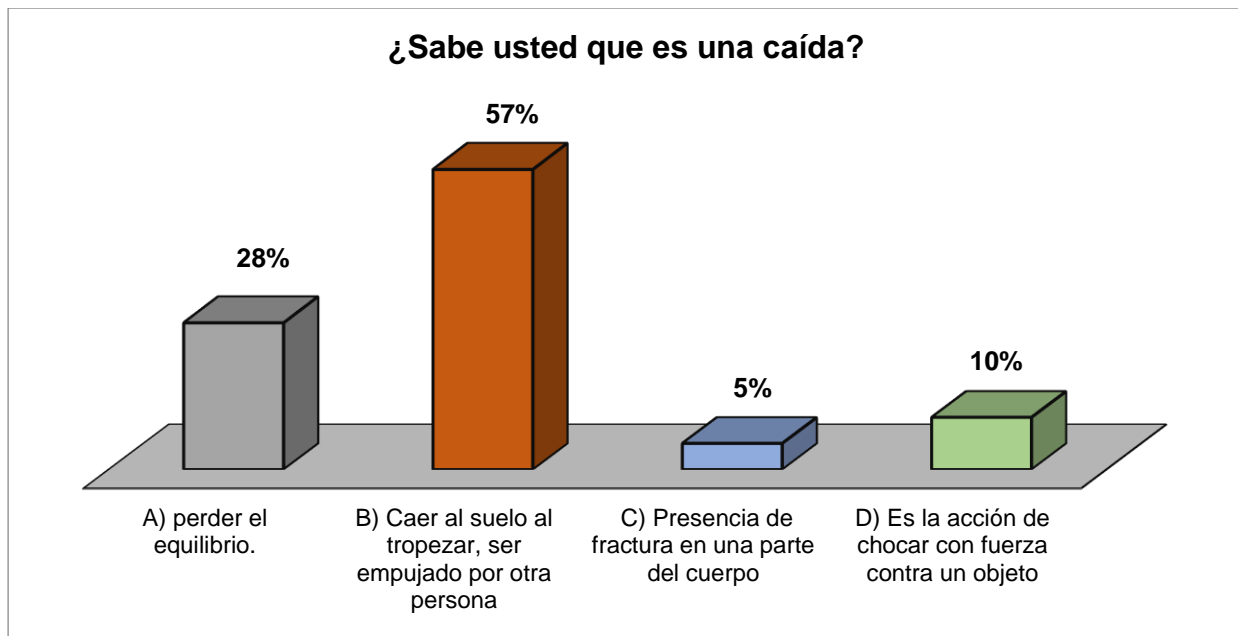
Análisis:

El 57% de las madres entrevistadas creen que una caída es caer al suelo al tropezar, ser empujado por otra persona, el 28% manifiesta que caída es perder el equilibrio, el 10% piensa que caída es la acción de chocar con fuerza contra un objeto, y el 5% informa que caída es la presencia de fractura en una parte del cuerpo.

Interpretación:

Las caídas son lesiones externas que se producen frecuentemente al caer al suelo al tropezar con un objeto o al ser empujado por otras personas; estas lesiones pueden ser leves y causar un dolor pasajero o provocar la presencia de fracturas o llevar a la muerte a una persona.

Gráfico 3: Conocimiento de caída.



Fuente: tabla 11.

Tabla 7. ¿Sabe usted que es una quemadura?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Toda lesión en la piel causada por fuego	137	32%
B) El tocar un cable de la luz	28	7%
C) Una quemadura es un daño de la piel causado por altas temperaturas	122	29%
D) Cuando le cae cal en el ojo	6	1%
E) Todas anteriores son correctas*	129	31%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

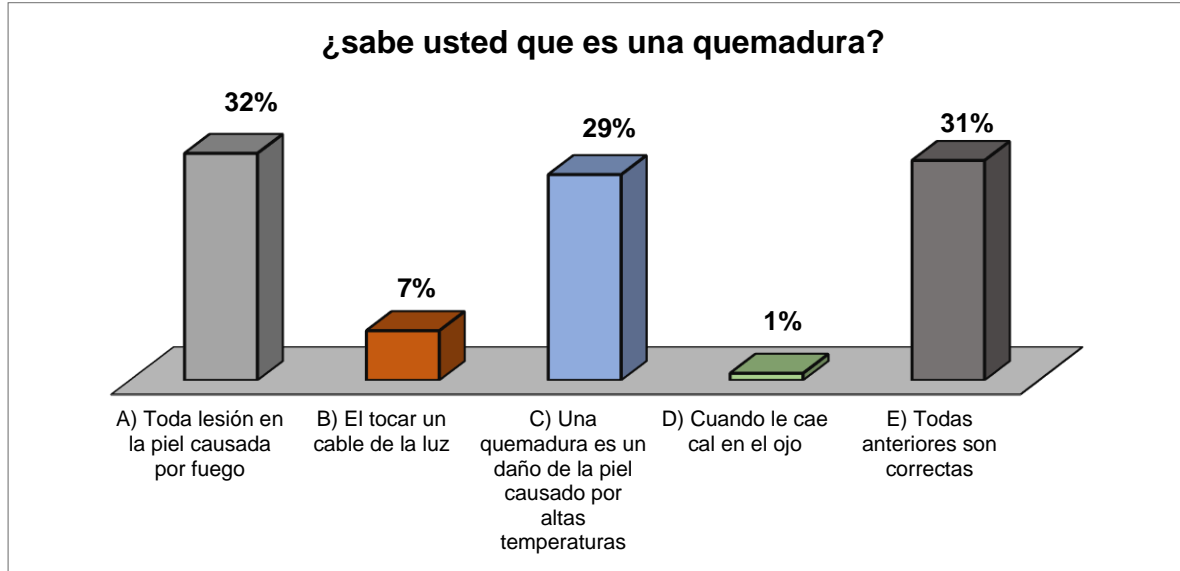
Análisis:

El 32% de la población entrevistada considera que una quemadura es una lesión en la piel causada por fuego, el 31% manifestó que todas las opciones que se le brindaron eran las correctas, el 29% define una quemadura como un daño de la piel causado por altas temperaturas, el 1% conceptualiza quemadura como la acción de la cal cae sobre el ojo.

Interpretación:

La quemadura es una irritación o lesión causada por agentes tales como altas temperaturas, daño en las conjuntivas por solución corrosiva; o presencia de fuego; la población solo relaciona quemadura con la presencia de fuego lo que podría afectar a no prevenir otros agentes como factores causantes de quemaduras.

Gráfico 4: Conocimiento de quemadura.



Fuente: Tabla 7.

Tabla 8. ¿Sabe usted que es un ahogamiento?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A. Tragar agua al estar dentro de un rio	22	5%
B. Cuando una persona está dentro del agua y no puede respirar. *	254	60%
C. Permanecer en el agua y se desespera	75	18%
D. Todas las anteriores.	71	17%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

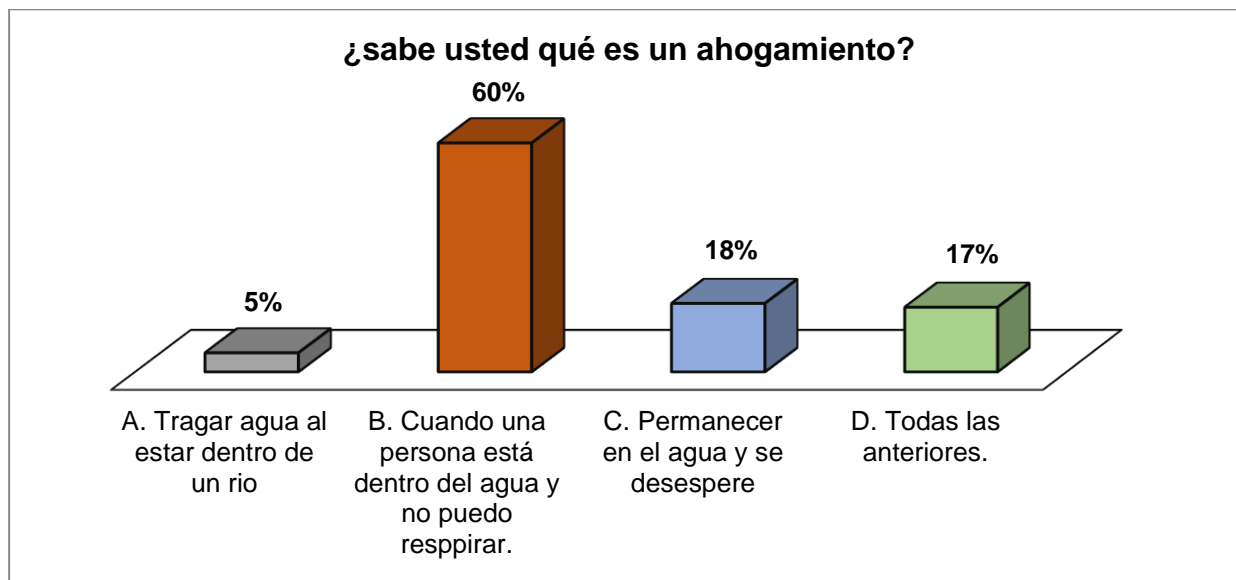
Análisis:

Otra lesión no intencionada que se preguntó a las personas fue que definición ellos tienen de ahogamiento, el 60% considera que es cuando una persona está dentro del agua y no puede respirar, el 18% considera que es cuando la persona Permanecer en el agua y se desespera, el 17% cree que son todas las opiniones dadas, el 5% considera que es tragar agua al estar dentro de un rio.

Interpretación:

El ahogamiento es el proceso de experimentar la dificultad respiratoria debido a la sumersión e inmersión en un líquido. La proposición de ahogamientos en distintos lugares está muy influida por la accesibilidad a distintos medios acuosos, el nivel socioeconómico pues las personas con mejores ingresos pueden pagar quien los cuide y vigile a un niño y por último el área geográfica donde vive.

Gráfico 5: Conocimiento de ahogamiento.



Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. ¿Conoce usted lo que tiene que hacer cuando un niño se está ahogando?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Brindar ayuda	29	7%
Pedir ayuda	49	12%
sacarlo del agua y hacerlo vomitar	2	0.5%
Ayudarlo a respirar y llevarlo a un centro de salud*	4	0.5%
No conoce	338	80%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

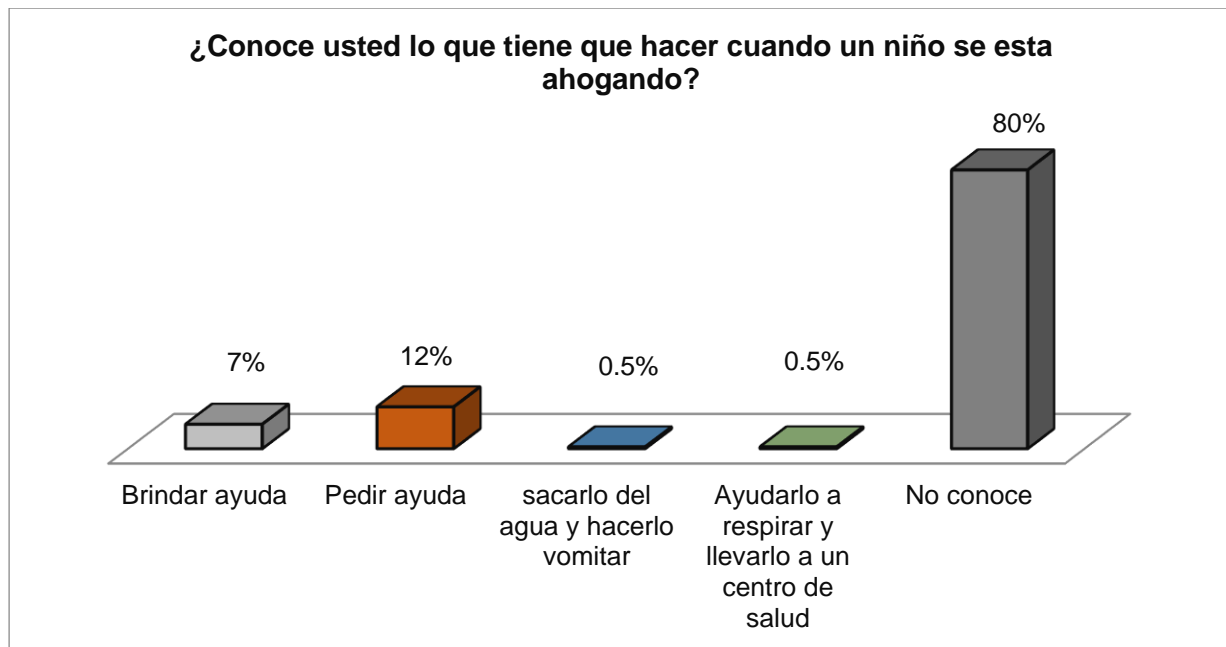
Análisis:

Al cuestionar a la madre si conocía que acción realizar ante un ahogamiento de su hijo, el 80% niega saber qué hacer ante un suceso de ahogamiento, mientras que el 12% pediría ayuda, el 7% brindaría ayuda, y el 0.5% sacarlo del agua y hacerlo vomitar, 0.5% ayudarlo a respirar y llevarlo a un centro de salud.

Interpretación:

El desconocer las medidas que pueden realizarse en el lugar donde un niño se está ahogando es importante pero el tiempo es valioso no solo para salvarle la vida si no para evitar complicaciones. No basta con sacar de un medio acuoso a una persona sino proporcionarle medidas de primeros auxilios adecuadas, pero lo más importante es prevención.

Gráfico 6: Conocimiento de acciones ante un ahogamiento.



Fuente tabla 9.

Tabla 10. ¿Conoce usted qué es una intoxicación?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Cuando el niño come alimento vencido	6	1%
B) El tomar un veneno	77	18%
C) Es cuando un niño traga muchas pastillas	203	48%
D) Cuando el niño huele el gas	31	7%
E) Todas son correctas *	105	26%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

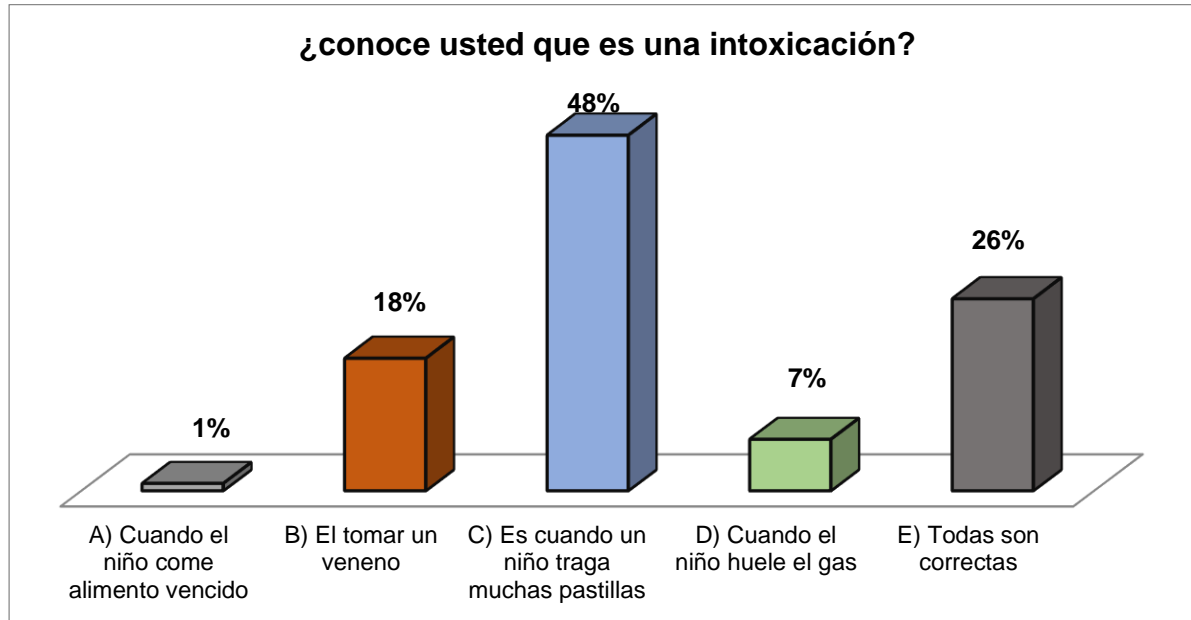
Análisis:

Al preguntar a las personas entrevistadas sobre que entendían por intoxicación, el 48% considera que es cuando un niño traga muchas pastillas, el 26% cree que todas las opciones dadas son las correctas, el 18% los define como cuando un niño toma algún veneno, el 7% considera que es cuando el niño huele el gas y el 1% Cuando el niño come alimento vencido.

Interpretación:

La intoxicación es la afección clínica por penetración de sustancias exógenas en el cuerpo o de exposición a ellas. Unas de las causas más comunes de accidentes en niños menores de 6 años es la ingestión de sustancia tóxicas, las cuales con frecuencia son productos de limpieza, medicamentos y productos de uso personal.

Gráfico 7: Conocimiento de intoxicación.



Fuente: Tabla 10.

Tabla 11. ¿De qué manera se puede intoxicar un niño?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Oliendo una sustancia toxica	46	11%
B) Tomando una sustancia toxica	154	36%
C) Tocando una sustancia toxica	41	10%
D) Inyectando una sustancia toxica	3	1%
E) Todas las anterior *	178	42%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

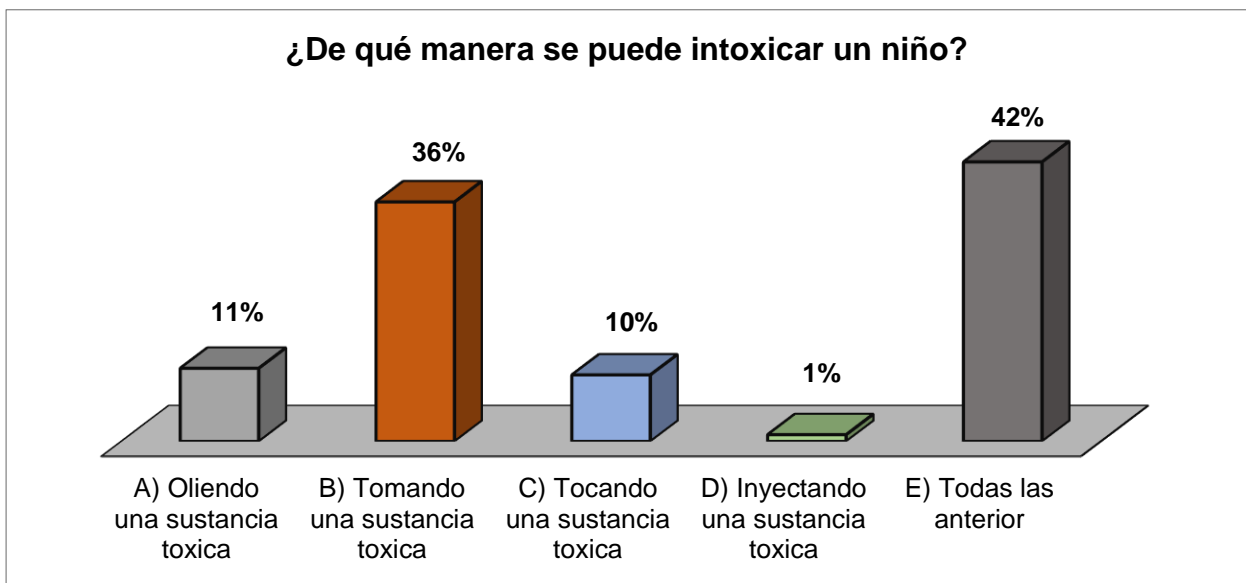
Análisis:

A las personas a las cuales se les realizo la entrevista se le pregunto que cual era la forma de que un niño pueda intoxicarse; el 42% respondió que todas las opciones dadas eran las correctas, el 36% cree que es tomando una sustancia toxica, el 11% considera que es oliendo una sustancia toxica, el 10% considera que es tocando una sustancia tóxica, el 1% cree que es inyectando una sustancia toxica.

Interpretación:

Las intoxicaciones en los niños menores de 5 años de vida se producen durante la primera fase exploración de estos cuando la curiosidad por conocer el medio que les rodea lo incita a oler, tocar, probar, comer y buscar lo que es nuevo para él y que pueden perjudicar su salud, cuando entran en contacto con alguna sustancia (productos de limpieza, medicamentos, productos de higiene personal u otros) que han sido dejados al alcance de ellos.

Gráfica 8: Conocimiento de causas de una intoxicación.



Fuente: tabla 11

Tabla 12. ¿Conoce usted que es un cuerpo extraño?

Alternativas		Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce usted que es un cuerpo extraño?	Si *	121	29%
	No	301	71%
Total		422	100%
Cual podría ser:	A) cualquier cosa que se tragué el niño y lo ahogué	35	8%

B) Meterse un grano de maíz o frijol en el oído	15	4%
C) cuando un niño se mete una semilla en la nariz	18	4%
D) todas son correctas *	53	13%
No sabe	301	71%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

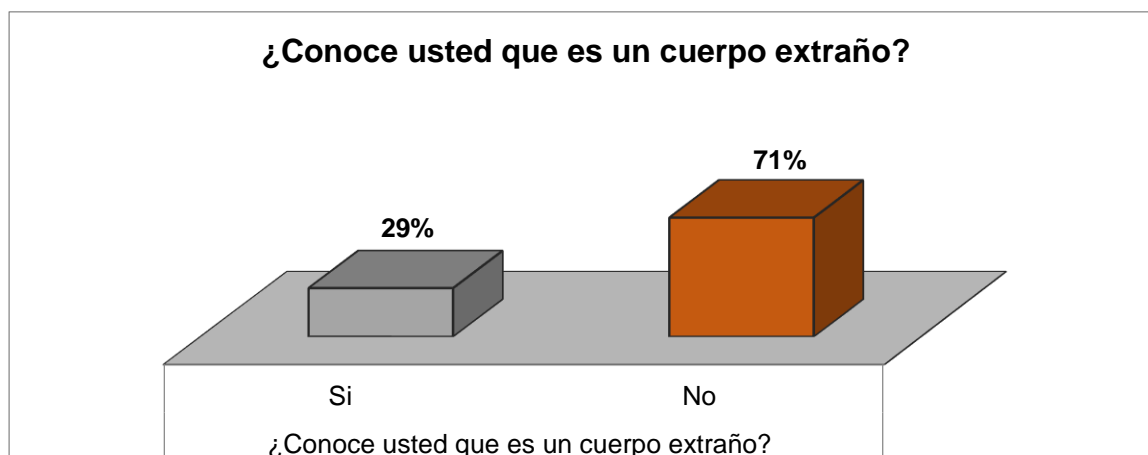
Análisis:

La tabla evidencia que las madres que desconocen que es un cuerpo extraño representa al 71%; mientras que el 29% afirma conocer que son agentes extraños; el 13% respondió que todas las opciones dadas eran las que ellos conocían, el 8% identifica un agente extraño como cualquier cosa que se trague el niño y lo ahogue, el 4% cree que un agente extraño es meterse un grano de maíz o frijol en el oído y el 4% considera que un agente extraño es cuando un niño se mete una semilla en la nariz.

Interpretación:

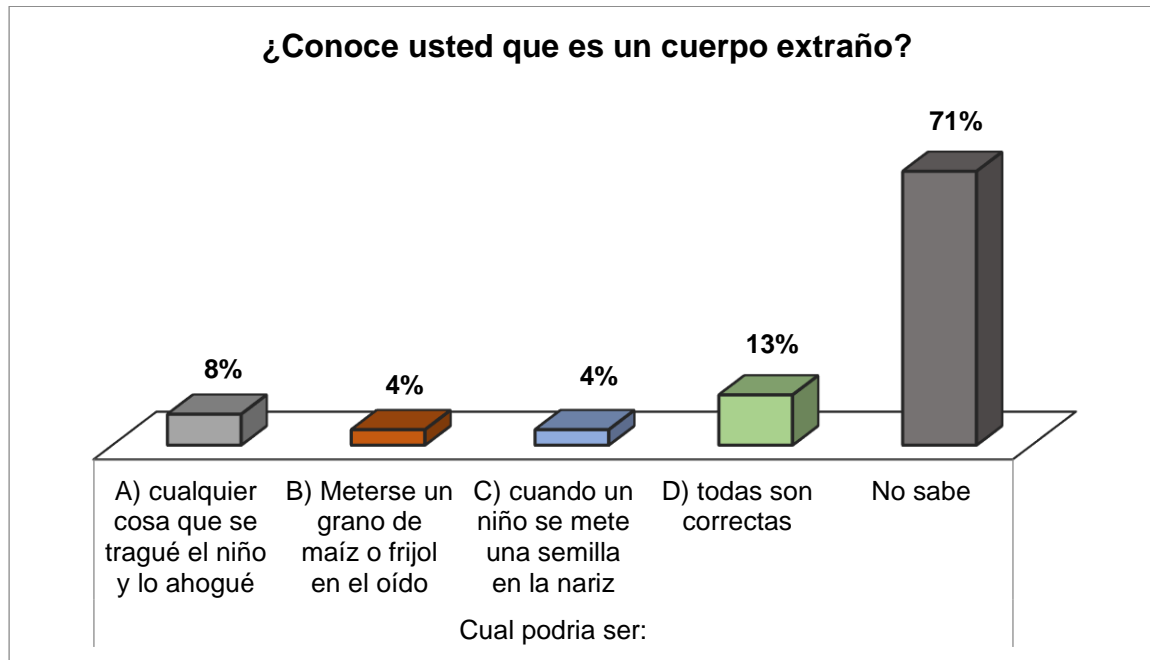
En su mayoría la población desconoce que es un agente extraño lo cual puede crear un riesgo para el menor al no detectar el agente extraño lo cual pueda provocar alguna lesión no intencionada.

Gráfico 9: Conocimiento de cuerpo extraño.



Fuente: tabla 12.

Gráfico 10: Conocimiento de cual es un cuerpo extraño.



Fuente: tabla 12.

Tabla 13. ¿Según usted quienes sufren más las siguientes lesiones no intencionadas?

Alternativas		Frecuencia	Porcentaje
Caidas	Niños*	145	34%
	Niñas	51	12%
	Ambos	226	54%
	Total	422	100%
Quemaduras	Niños*	207	49%
	Niñas	59	14%
	Ambos	156	37%
	Total	422	100%
Intoxicaciones	Niños*	189	45%
	Niñas	47	11%
	Ambos	186	44%

	Total	422	100%
Ahogamiento	Niños*	229	54%
	Niñas	97	23%
	Ambos	96	23%
	Total	422	100%
Cuerpos extraños	Niños*	129	30%
	Niñas	53	13%
	Ambos	240	57%
	Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis:

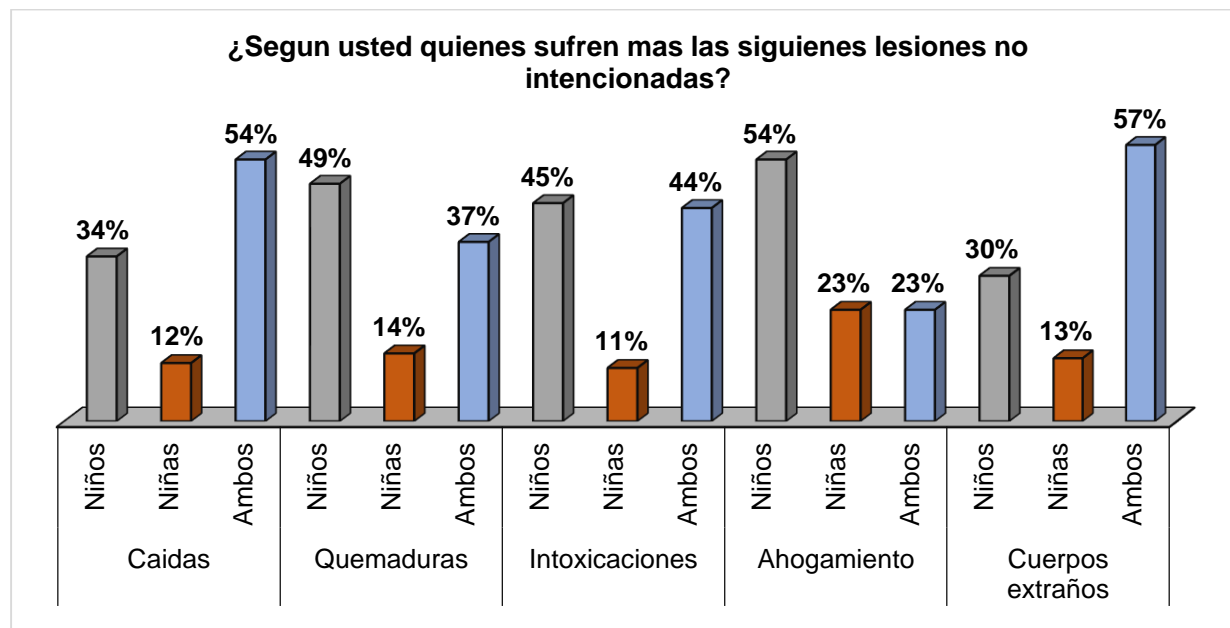
La tabla muestra el sexo predominante en relación a las lesiones no intencionadas, así tenemos que son las caídas el 54% cree que ambos sexos presentan la misma vulnerabilidad, el 34% opina que son niños y el 12% que son las niñas; en lo que respecta a quemaduras el 49% considera que son los niños, el 37% cree que ambos sexos presentan la misma susceptibilidad de presentar dicha lesión y el 14% considera que son las niñas; Al referirse a intoxicaciones el 45% consideran que los niños son más vulnerables, el 44% creen que ambos sexos y el 11% opinan que son las niñas; en relación a ahogamiento el 54% considera que son los niños, con igualdad de 23% de la población cree que son las niñas y que ambos sexos presentan la misma probabilidad; con respecto a cuerpos extraños el 57% de las madres o responsables consideras que ambos sexos presentan la vulnerabilidad de presentar una lesión no intencionada por cuerpos extraños, el 30% piensan que son los niños y el 13% que son las niñas.

Interpretación:

De la población entrevista la mayoría piensa que son los niños los que presentan susceptibilidad de presentar lesiones como quemaduras, intoxicaciones y ahogamiento; las niñas según la población son menos susceptibles a lesiones no intencionadas y otra parte de la población considera que ambos sexos presentan la misma vulnerabilidad a que se den las caídas y la introducción de cuerpos extraños; Según investigaciones

anteriores los niños presentan más susceptibilidad debido a que los niños son más inquietos lo que les predispone a que sufran una lesión no intencionada.

Gráfico 11: Conocimiento de vulnerabilidad ante lesiones no intencionadas por sexo.



Fuente: tabla 13

Tabla 14. ¿A qué edad considera usted que se puede presentar las lesiones no intencionadas que se le presentan?

Alternativa		Frecuencia	Porcentaje
Caidas	A) de 2 meses a 1 año	84	20%
	B) de 2 años a 5 años*	279	65%
	C) de 6 años a 9 años	40	10%
	D) mayores de 10 años	19	5%
	Total	422	100%
Quemaduras	A) de 2 meses a 1 año	31	7%
	B) de 2 años a 5 años *	192	46%
	C) de 6 años a 9 años	167	40%
	D) mayores de 10 años	32	7%
	Total	422	100%

Ahogamientos	A) de 2 meses a 1 año	50	12%
	B) de 2 años a 5 años *	224	53%
	C) de 6 años a 9 años	103	24%
	D) mayores de 10 años	45	11%
	Total	422	100%
Intoxicaciones	A) de 2 meses a 1 año	133	32%
	B) de 2 años a 5 años *	229	54%
	C) de 6 años a 9 años	30	7%
	D) mayores de 10 años	30	7%
	Total	422	100%
Cuerpos extraños	A) de 2 meses a 1 año	117	28%
	B) de 2 años a 5 años*	203	48%
	C) de 6 años a 9 años	26	6%
	D) mayores de 10 años	76	18%
	Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis:

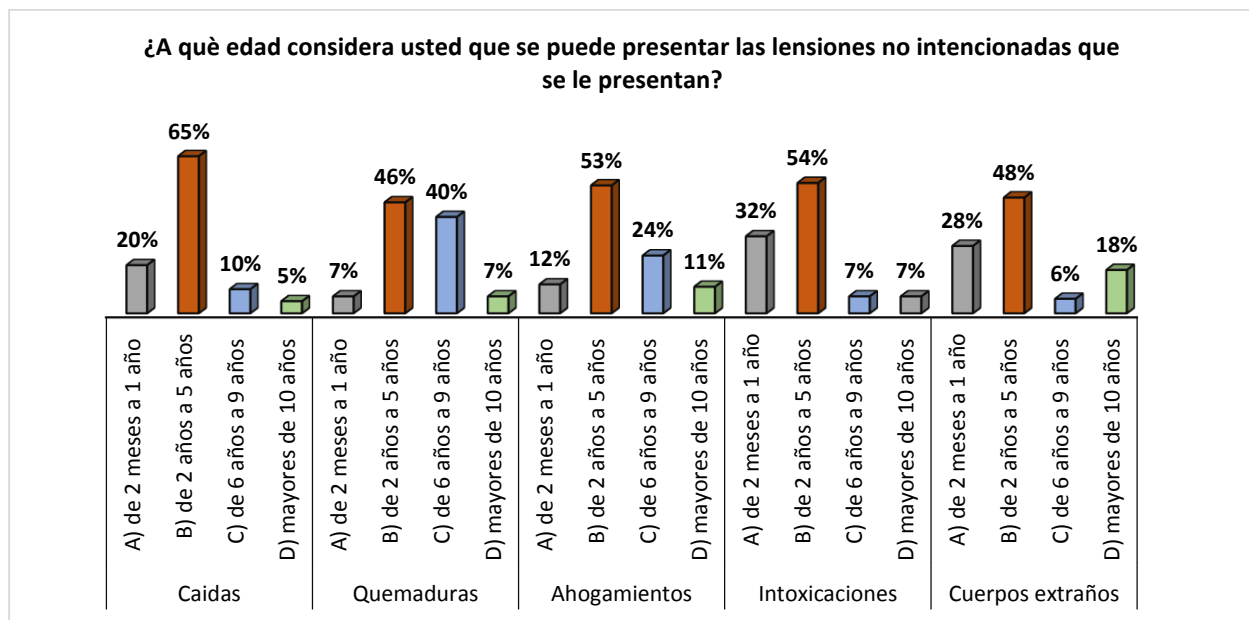
La tabla anterior muestra la edad que presentó más predisposición a sufrir una lesión no intencionada; en relación a caídas el 65% considera que los menores entre 2 años a 5 años son más susceptibles, el 20% piensan que son de 2 meses a 1 año o que son vulnerables, el 10% cree son los menores entre 6 a 9 años, mientras que el 5% opina que son niños mayores de 10 años; en lo que respecta a las quemaduras el 46% considera que son los menores de 2 a 5 años quien presenta más predisposición, el 40% cree que son los niños de 6 a 9 años, y con igualdad de 7% de la población respectivamente manifestó que son menores de 2 meses a 1 año y niños mayores de 10 años; en referencia a la susceptibilidad de la edad ante el ahogamiento el 53% considera que son más vulnerables los menores de 2 años a 5 años, el 24% cree que son los menores de 6 a 9 años quienes son más predisponentes a una lesión de este tipo, el 12% cree son los niños de 2 meses a 1 año y el 11% manifiesta que los niños mayores de 10

años son más vulnerables; en relación a intoxicaciones el 54% considera que son los menores de 2 a 5 años quienes son más vulnerables a presentar una intoxicación, el 37% cree que son los menores de 2 meses a 1 año quienes presentan más susceptibilidad, el 7% de la población respectivamente considera que la edad de 6 años a 9 años y niños mayores de 10 años quienes presentan más riesgo de sufrir este tipo de lesión; en lo que respecta a la introducción de cuerpos extraños el 48% cree que los menores de 2 a 5 años son más susceptibles, el 28% cree son los menores de 2 meses a 1 año, el 18% manifiesta que los niños mayores de 10 años son más predisponentes a una lesión de este tipo y el 6% cree que los niños de 6 a 9 años presentan más riesgo a introducir un cuerpo extraño.

Interpretación:

Los niños en la edad de 2 a 5 años son los más susceptibles de presentar caídas, quemaduras, ahogamientos, intoxicación y cuerpos extraños; debido a que en esta etapa el menor se encuentra en el descubrimiento de su entorno lo cual facilita que se presenten las lesiones no intencionadas.

Gráfico 12: Conocimiento de vulnerabilidad ante lesiones no intencionadas por edad.



Fuente: tabla 14.

6.1.4 Factores de riesgo.

Esta sección evalúa la presencia o ausencia de factores como el uso de amortiguadores, uso de cocina de leña, accesibilidad de cerillos, tapado de recipientes para contener agua, medidas de prevención de cuerpos extraños.

Tabla 15. ¿Considera usted que las caídas que sufre su hijo en su hogar son parte normal de desarrollo?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Si *	314	74%
B) No	108	26%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista,

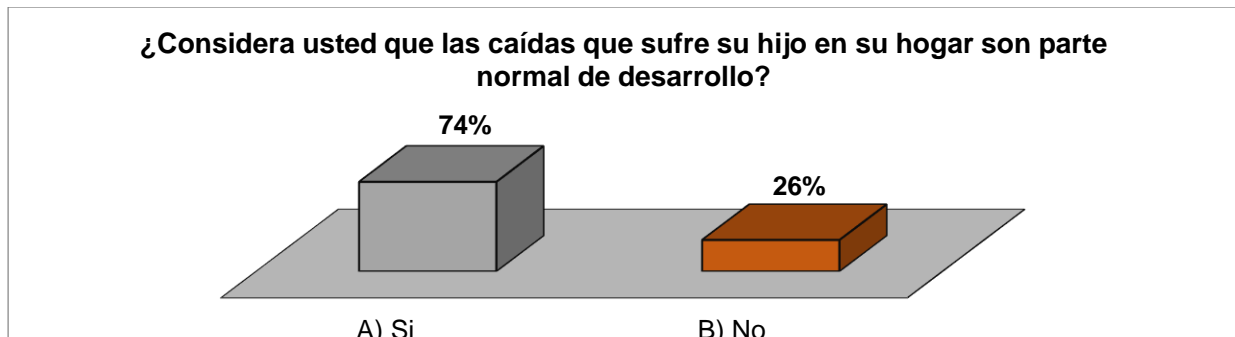
Análisis:

Los datos evidencian que el 74% de las madres afirman que las caídas son parte del proceso de crecimiento mientras que el 26% niega que esta sea parte normal del desarrollo del menor.

Interpretación:

Las caídas son las lesiones más frecuentes en niños, este tipo de trauma no intencionada puede ser de leve a grave que puede comprometer la vida del menor o también provocar la afectación de alguna habilidad tanto física como cognitiva las cuales en forma leve son parte normal del desarrollo, ya en caídas con criterios graves puede ser anormal en el proceso de desarrollo y afectarlo.

Gráfico 13: Conocimiento de caídas en el proceso de desarrollo.



Fuente: Tabla 15

Tabla 16. ¿Utiliza usted elementos amortiguadores de caídas junto a la cama o cuna de sus hijos?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Si *	133	32%
B) No	289	68%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

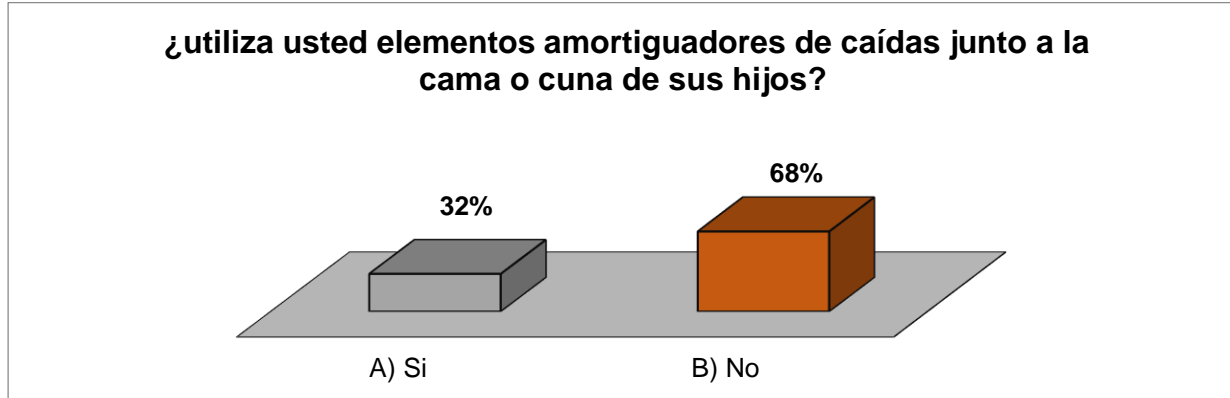
Análisis:

Los datos de la tabla anterior informan que el 68% de las madres no utilizan elementos amortiguadores de caídas junto a la cama o cuna de sus hijos mientras que el 32% afirma si utilizarlos.

Interpretación:

El uso de amortiguadores tales como almohadas, cojines, toallas impiden que el niño de forma accidental caiga de la cama, al no utilizarlo podría facilitarle la caída del bebe provocando así la presencia de alguna lesión no intencionada en el niño.

Gráfico 14: Uso de amortiguadores ante caídas.



Fuente: tabla 16.

Tabla 17. Lugar de la vivienda donde guarda los cerillos (Fósforos)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Sobre la cocina	231	55%
B) En la mesa del comedor	46	11%
C) Bajo llave fuera del alcance de los niños*	22	5%
D) No posee un lugar designado	123	29%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

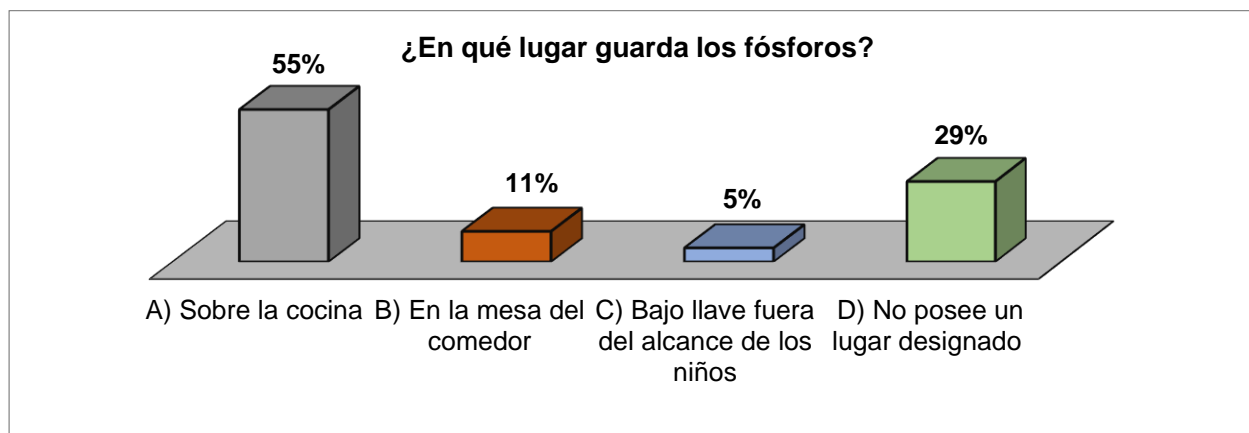
Análisis:

La tabla N° 17 expresa que el 55% informa guardar los fósforos sobre la cocina, el 29% no posee un lugar designado el 1% en la mesa del comedor, el 5% bajo llave fuera del alcance de los niños.

Interpretación:

El guardar de forma adecuada los fósforos es una medida afectiva que ayudar a prevenir la presencia de lesiones no intencionadas como quemaduras o que la mala manipulación del mismo puede provocar un incendio lo cual ocasiona daños tanto en la vivienda como muerte de personas. Por lo que las madres no guardan de forma adecuada y responsable los cerillos facilitando así que el niño tenga accesibilidad a tomarlos provocando así alguna lesión no intencionada.

Gráfico 15: Lugar de la vivienda donde guarda los cerrillos (Fósforos)



Fuente: tabla 17.

Tabla 18. Presencia de cocina de leña en la vivienda.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Si	213	50%
B) No *	209	50%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

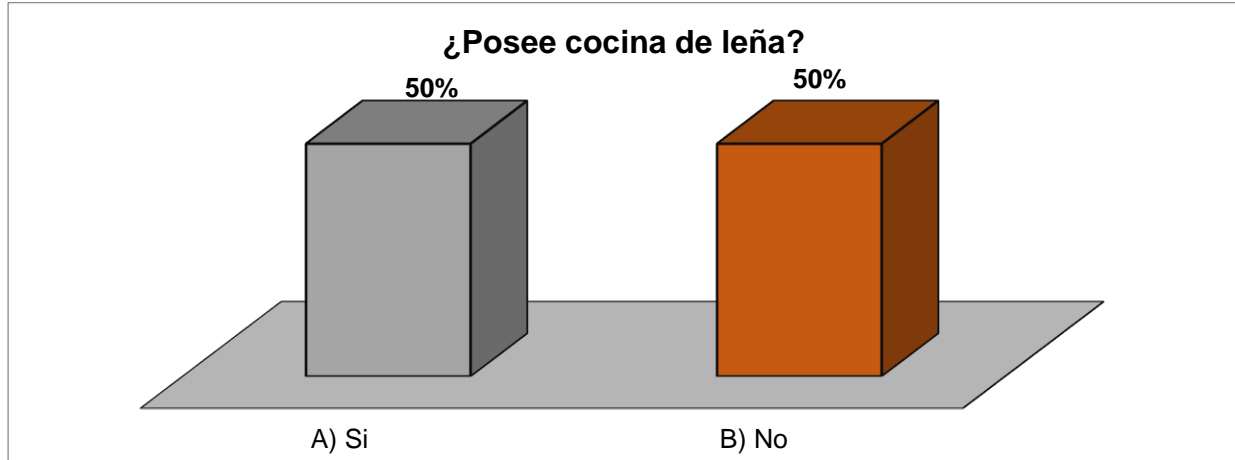
Análisis:

Las madres o responsables en un 50% afirman que tienen cocina de leña y el 50% niegan poseer este tipo de cina en casa.

Interpretación:

La cocina de leña es más frecuente es zonas rurales y está condicionada a deficiencias económicas; pero esta puede facilitar alguna quemadura o alguna intoxicación a causa del humo provocando así una lesión no intencionada, en el niño.

Grafico 16: Presencia de cocina de leña en la vivienda.



Fuente: tabla 18.

Tabla 19. Si la respuesta anterior fue si ¿En qué lugar está ubicada la cocina de leña?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Dentro de la casa	38	9%
B) En el patio *	95	22%
C) En el corredor	80	19%
No posee	209	50%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

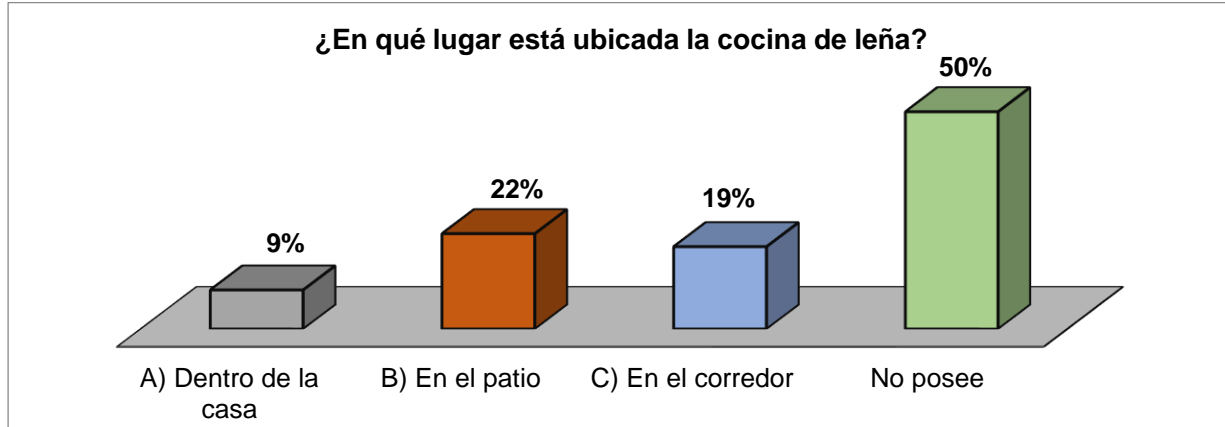
Análisis:

La tabla anterior está relacionada a la ubicación de la cocina de leña dentro de la vivienda, el 50% niega no tener cocina de leña, el 22% la tiene en el patio, el 19% en el corredor y el 9% dentro de la casa.

Interpretación:

La ubicación de la cocina de leña es una forma sumamente importante para prevenir lesiones no intencionadas como quemaduras, ya que si esta de fácil acceso al menor por su curiosidad puede tener contacto con la cocina y este causar un accidente o también el humo puede tener contacto con el niño lo cual puede afectar los pulmones del menor.

Gráfico 17: Sitio de ubicación de la cocina de leña.



Fuente: tabla 19.

Tabla 20. ¿Tapa los recipientes donde almacena agua?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si *	261	62%
No	161	38%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

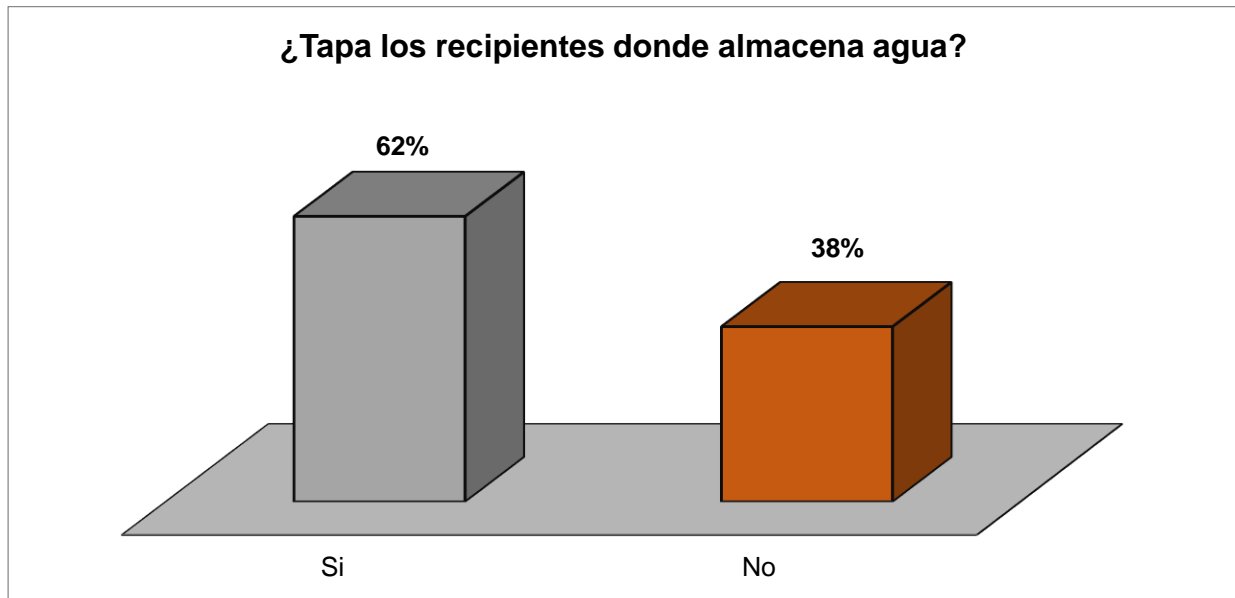
Análisis:

Según la tabla N° 20 expresa que el 62% de las madres o responsable de los menores informan tapar los recipientes que almacenan agua lo contrario al 38% que niega tapar dichos recipientes.

Interpretación:

El tapar los recipientes evita que de forma accidental el menor pueda ahogarse en ellos por una caída, esta es una forma de ahogamiento más frecuente ya que por un descuido el niño cae al recipiente que contiene el agua y se presenta la lesión no intencionada que muchas veces provoca la muerte del niño.

Gráfico 18: Tapado de contenedores de agua.



Fuente: tabla 20.

Tabla 21. ¿Según usted cuál sería una forma de prevención para no tomar sustancias tóxicas?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Colocarlas en Sitios altos	175	42%
B) Ponerlas dentro de bolsas	27	6%
C) Guardarlas bajo llave*	169	40%
D) Todas las anteriores	51	12%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

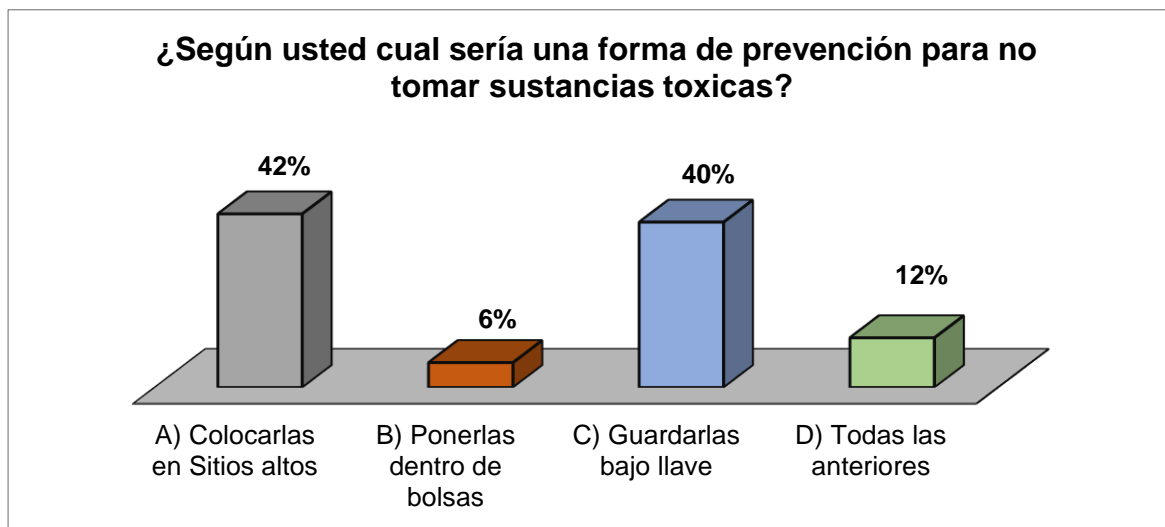
Análisis:

El 42% de las madres creen que el colocar las sustancias tóxicas en sitios altos puede prevenir lesiones no intencionadas, el 40% considera una medida de prevención el guardarlas bajo llave, el 12% manifestó estar de acuerdo con todas las opciones dadas, el 6% considera que una medida preventiva es ponerlas dentro de bolsas.

Interpretación:

La forma de resguardar las sustancias toxicas es una pieza fundamental en la prevención de accidentes por causa de una intoxicación, por lo que dichas sustancias deben almacenarse de preferencia bajo llave; tomando en cuenta que los niños son bien inquietos y todo lo que se encuentra a su alrededor lo llevan a la boca, lo cual puede facilitar el ingreso del agente al organismo lo que puede provocar consecuencias graves en el menor inclusive la muerte.

Gráfico 19: Prevención de contacto con sustancias toxicas.



Fuente: tabla 21.

Tabla 22. ¿Según usted cual sería una forma de evitar que los niños introduzcan cuerpos extraños en la boca, nariz u oídos?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Mantener los objetos pequeños fuera del alcance de los bebés y los niños que empiezan a caminar*	248	59%
B) Colocarlas en Sitios altos	98	23%
C) Depositarlas dentro de bolsas	13	3%
D) Todas son correctas	63	15%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

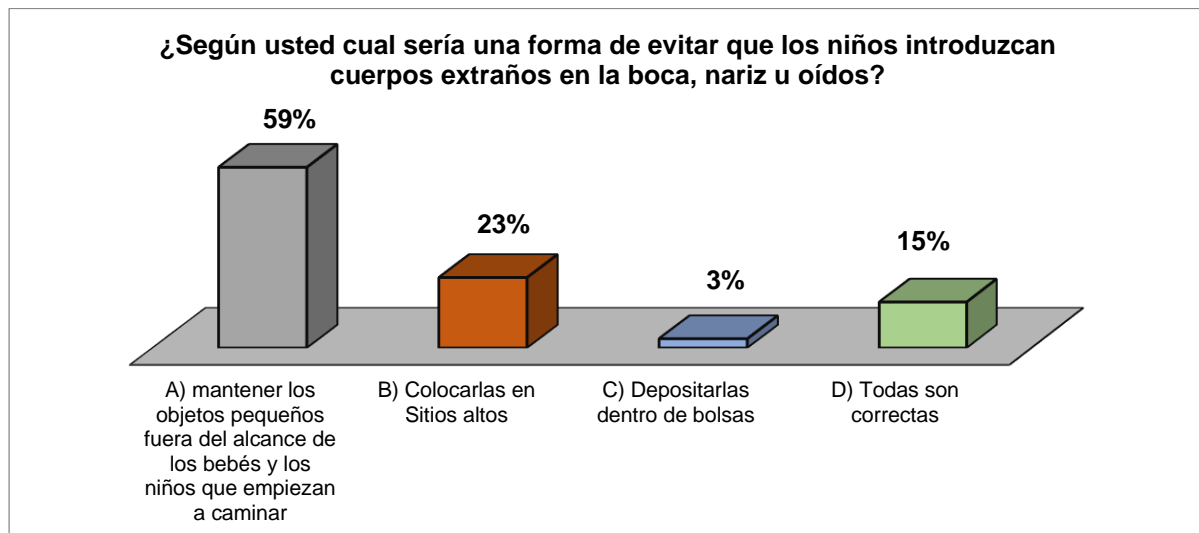
Análisis:

La tabla N° 22 refiere que el 59% de las madres y responsables de los menores consideran que mantener los objetos pequeños fuera del alcance de los bebés y los niños que empiezan a caminar es una forma de prevenir una lesión no intencionada de este tipo, el 23% considera que colocarlos en sitios altos, el 15% respondió que todas las opciones dadas son las correctas y el 3% cree que una medida es depositarlas dentro de bolsas.

Interpretación:

Los cuerpos extraños son elementos que debido a su pequeño tamaño son de fácil acceso al interior del organismo del niño por cualquier orificio ya sea por boca, nariz u oído, por lo es fundamental el mantener los dichos elementos fuera del alcance de ellos más en el periodo que están aprendiendo a caminar, ya que es la etapa del descubrimiento por lo que la introducción del mismo es más fácil.

Gráfico 20: Acciones de prevención de lesiones por cuerpos extraños.



Fuente: tabla 22.

Tabla 23. ¿Qué haría usted si su niño se introduce o traga un cuerpo extraño?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Meterle los dedos en la boca para que vomite	52	12%
B) Sacárselo con los dedos, pinzas u otros objetos punzantes	13	3%
C) Meterle una pluma en la garganta para que escupa lo que se trago	4	1%
D) Darle comida suave para que se lo termine tragar	51	12%
E) Consultar a la unidad de salud *	302	72%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista

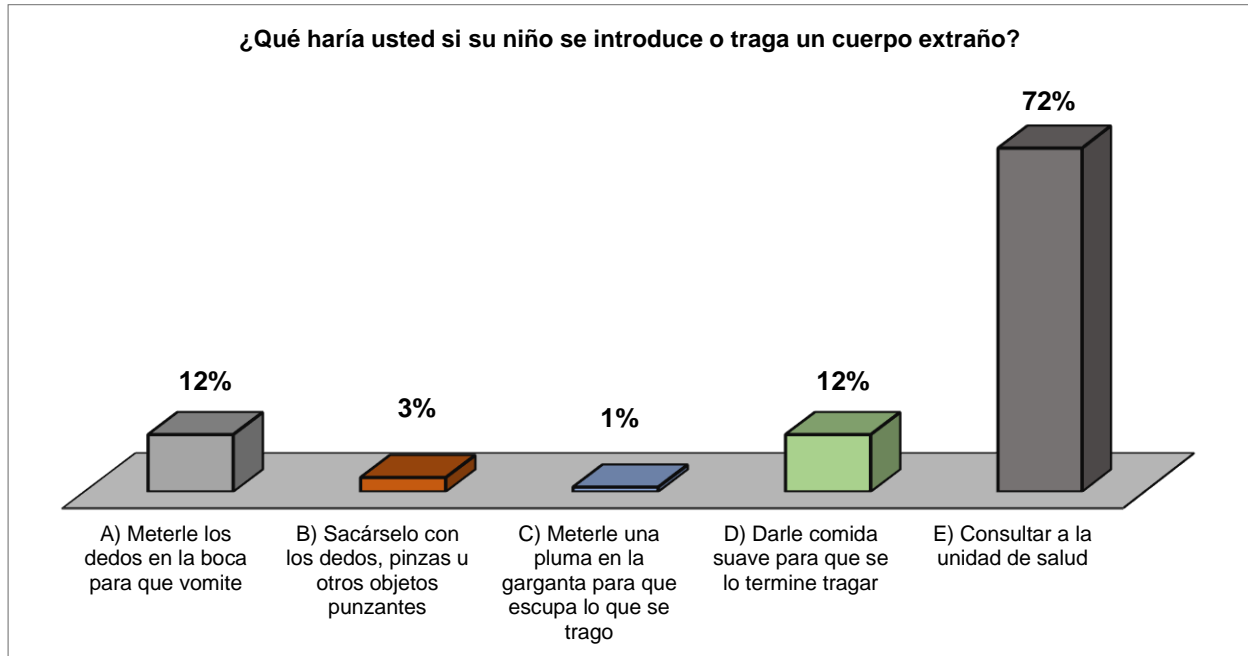
Análisis:

El 72% de las madres entrevistadas consultará a la unidad de salud ante una lesión no intencionada ocasionada por un objeto extraño, el 12% le Metiera los dedos en la boca para que vomite, el 12% le daría comida suave para que se lo termine de tragar, el 3% se lo sacaría con los dedos, pinzas u otros objetos punzantes y el 1% le ingresaría una pluma en la garganta para que escupa lo que se tragó.

Interpretación:

La aplicación de acciones correctas ante lesiones no intencionadas causadas por introducción de cuerpos extraños es vital para evitar complicaciones, por lo que es importante que el niño reciba la atención adecuada por el equipo de salud ya que de esta forma se podrá extraer de una forma segura el elemento del interior si afectar otros sitios del niño.

Gráfico 21: Acciones ante una lesión por un cuerpo extraño.



Fuente: tabla 23.

Tabla 24. ¿Alguna vez su hijo ha presentado alguna lesión no intencionada?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	286	68%
No*	137	32%
Total	422	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

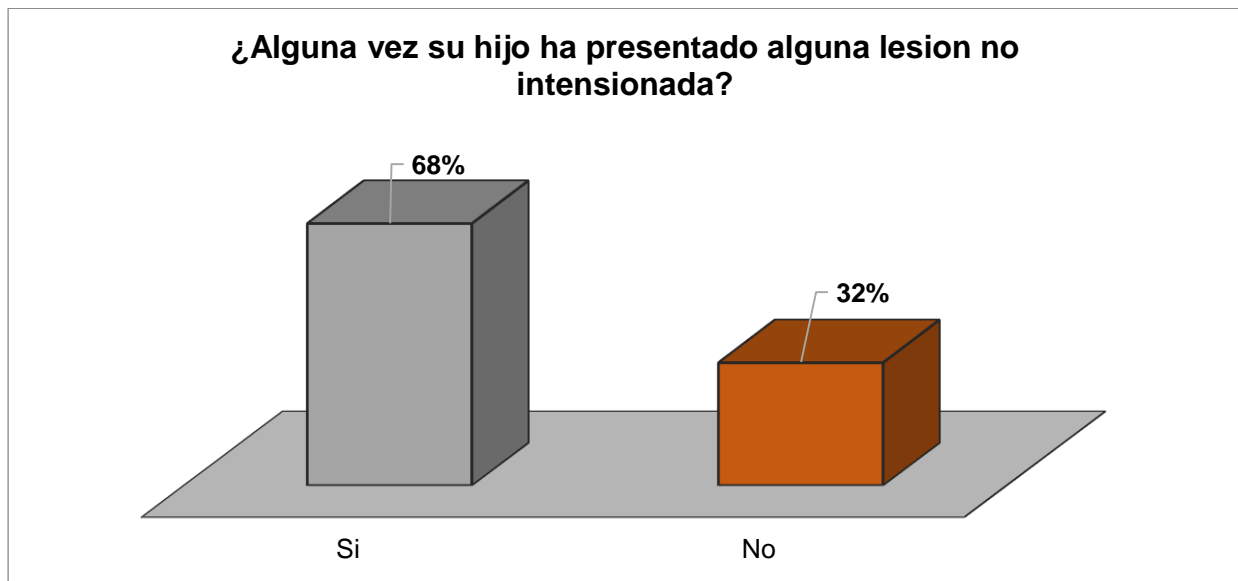
Análisis:

La tabla N° 24 expresa que el 68% afirma que su hijo si ha adolecido de alguna lesión no intencionada, el 32% niega que su hijo haya padecido alguna lesión no intencionada.

Interpretación:

Los antecedentes de lesiones no intencionadas es un elemento que sirve para determinar la susceptibilidad que el niño presenta, ya que si se presentó anteriormente el padre debe aplicar medidas preventivas para evitar que se presente otro suceso similar.

Gráfico 22: Antecedentes de lesiones no intencionadas en el niño.



Fuente: tabla 24.

6.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

Hipótesis alterna 1:

H1= Las madres poseen conocimientos relacionados a las lesiones no intencionadas.

p= Valor de porcentaje mayor del 75% de conocimiento.

P= 0.5

Q= 1- P=1-0.5=0.5.

n= 422 Valor de la muestra.

Tabla N°25 Comprobación de hipótesis alterna 1.

Valor.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido.	Porcentaje acumulado.
Mayor del 75%	97	23%	23%	23%
Del 50% al 75%	211	50%	50%	73%
Menor del 50%	114	27%	27%	100%
Total	422	100%		

Escala elaborada por el grupo de investigación.

El porcentaje de nivel de conocimiento mayor al 75% equivale a 23% por tanto p= 0.23.

$$Z_{obt} = \frac{p - Q}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.23 - 0.5}{\sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{422}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.23 - 0.5}{\sqrt{\frac{0.25}{422}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{-0.27}{\sqrt{0.00059}}$$

$$Z_{obt} = \frac{-0.27}{0.024}$$

$$\mathbf{Z_{obt} = -11.25.}$$

Si el valor de Z crítico es 95% de confianza de una cola es de 1.645.

Si $Z_{Crit} \geq Z_{obt}$ Se acepta la hipótesis nula.

Si $Z_{Crit} \leq Z_{obt}$ Se rechaza la hipótesis nula.

En este caso -11.25 es menor a 1.645 por lo tanto se acepta la hipótesis nula alterna 1 que describe; Las madres no poseen conocimientos relacionados a las lesiones no intencionadas.

Tabla 26: Nivel de conocimiento que poseen las madres en relación a las lesiones no intencionadas.

Conocimiento	Correcto	Incorrecto	Total %
¿Sabe usted que es caída?	57%	43%	100%
¿Sabe usted que es quemadura?	31%	69%	100%
¿Sabe usted que es ahogamiento?	60%	40%	100%
¿Conoce usted qué hacer cuando un niño se está ahogando?	20%	80%	100%
¿Conoce qué es una intoxicación?	26%	74%	100%
¿De qué manera se puede intoxicar un niño?	42%	58%	100%
¿Conoce usted que es cuerpo extraño?	29%	71%	100%
¿Quiénes sufren más lesiones no intencionadas?	42%	58%	100%
¿Cuál edad considera que es más frecuente que presente alguna lesión?	53%	47%	100%
¿Considera usted que las caídas de su hijo son parte normal del desarrollo?	74%	26%	100%
¿Según usted cual será la forma de prevenir lesiones por sustancias toxicas?	51%	49%	100%
¿Según usted cual sería la forma de prevenir que los niños se metan cuerpos extraños?	15%	85%	100%
¿Qué haría usted si su niño se mete un cuerpo extraño?	72%	28%	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

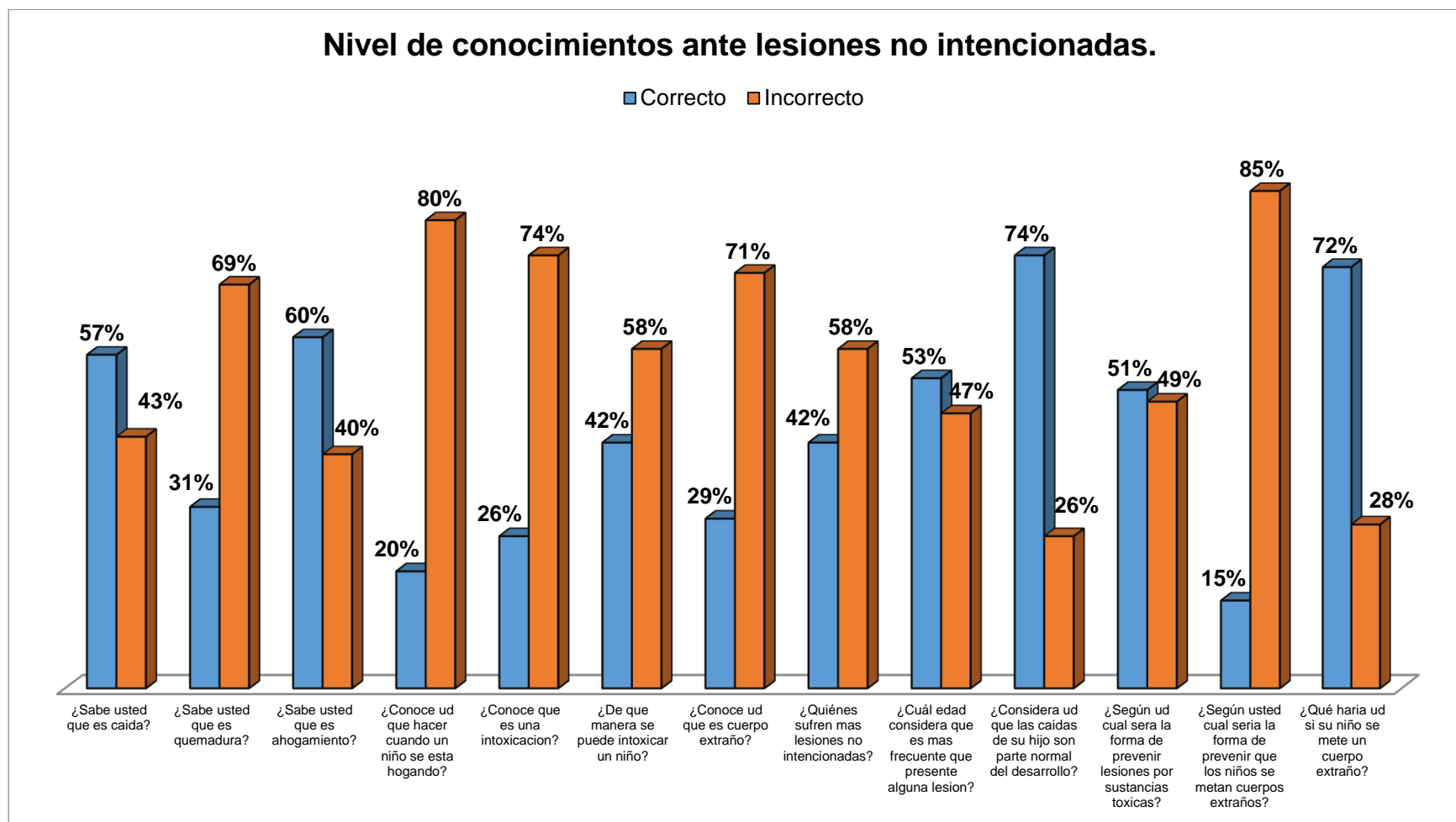
Análisis:

La tabla anterior expresa el nivel de conocimiento que tienen las madres en relación a la lesiones no intencionadas; 57% tiene un buen concepto de caídas, el 43% tiene un deficiente concepto de esta lesión no intencionada; en quemadura el 69% tiene un deficiente conocimiento de esta lesión, el 31% tiene un buen concepto de quemadura; en ahogamiento el 60% tiene un correcto conocimiento, el 40% tiene un deficiente concepto; el 80% desconoce las acciones a realizar frente a un ahogamiento, el 20% sabe qué acciones realizar ante una lesión de ese tipo, en intoxicación el 74% tiene una deficiente idea de qué es intoxicación, el 26% tiene un buen concepto de intoxicación; el 58% tiene un conocimiento incorrecto de cómo se puede intoxicar el niño y el 42% sabe cómo puede intoxicarse un niño; mientras que en cuerpos extraños el 71% tiene un deficiente concepto de cuerpos extraños y el 29% tiene un buen concepto; en relación al conocimiento de la vulnerabilidad del sexo ante las lesiones el 58% tiene un incorrecto conocimiento y el 42% tiene un correcto conocimiento; el 53% tiene un correcto conocimiento de que edad presentas más riesgo ante las lesiones y el 47% tiene un conocimiento incorrecto; el 74% tiene un buen conocimiento de que las caídas son parte del desarrollo, el 26% tiene una idea incorrecta en relación a las caídas en el proceso de desarrollo del niño; el 51% sabe cómo prevenir una intoxicación y el 49% aplica las acciones preventivas incorrectas; el 85% de las madres tiene malas medidas de prevención de accidentes por cuerpos extraños y el 15% tiene un buen conocimiento de dicha medidas preventivas; el 72% aplicaría de forma correcta las medidas de control ante una lesión por un cuerpo extraño y el 28% tiene un conocimiento incorrecto.

Interpretación:

Un deficiente conocimiento de lesiones no intencionadas predispone al menor a accidentes como caídas, quemadura, ahogamientos, intoxicación y cuerpos extraños ya que la madre no aplicaría de forma correcta las medidas de prevención.

Gráfico 23: Nivel de conocimiento de las madres ante las lesiones no intencionadas.



Fuente: tabla 26.

Hipótesis alterna 2.

Existen factores de riesgo involucrados en los accidentes en el hogar en niños de uno a cinco años edad.

Variable independiente: Factores de riesgo.

Tabla 27. Distribución de factores de riesgo

Factores de riesgo	Alternativas	Fr	%
Caídas es parte normal del desarrollo	Si	314	74%
	No	108	26%
	Total	422	100%
Uso de amortiguadores	Si	133	32%
	No	289	68%
	Total	422	100%
Localización de cerillos	Cocina	231	55%
	Mesa del comedor	46	11%
	Bajo llave	22	5%
	No tiene un lugar	123	29%
	Total	422	100%
Cocina de leña	Si	213	50%
	No	209	50%
	Total	422	100%
Localización de cocina de leña	Dentro de la casa	38	9%
	En el patio	95	22%
	En el corredor	80	19%
	No tiene cocina	209	50%
	Total	422	100%
Tapado de recipiente de agua	Si	261	62%
	No	161	38%
	Total	422	100%

Acciones de prevención de intoxicación	Coloca en sitios altos los tóxicos	175	42%
	Las guarda en bolsa	27	6%
	Las guarda bajo llave	169	40%
	Todas las anteriores	51	12%
	Total	422	100%
Prevención de accidente por cuerpos extraños	Mantener fuera del alcance de los niños	248	59%
	Colocarlos en sitios altos	98	23%
	Depositarlas en bolsas	13	3%
	Todas las anteriores	63	15%
	Total	422	100%
Que haría si su hijo se mete o traga un cuerpo extraño	Meterle los dedos	52	12%
	Sacárselo con los dedos	13	3%
	Meterle una pluma	4	1%
	Darle comida suave	51	12%
	Consultar a la Unidad	302	72%
	Total	422	100%

Fuente: Cedula de entrevista.

Análisis:

Al preguntar a las personas que, si las caídas que sufre su hijo en su hogar son parte normal de desarrollo, el 74% afirma que son parte del proceso de crecimiento mientras que el 26% niega que esta sea parte normal del desarrollo del menor.

Al cuestionar a la madre o responsable si estos utilizaban elementos amortiguadores de caídas junto a la cama o cuna de sus hijos, el 68% niega utilizar algún elemento que evite la caída mientras que el 32% afirma si utilizarlos.

Al preguntar a las personas entrevistadas en qué lugar guardaban los fósforos, el 55% informa guardarlos sobre la cocina, el 29% no posee un lugar designado el 1% en la mesa del comedor, el 5% bajo llave fuera del alcance de los niños.

Al cuestionar a las madres o responsables sobre si poseen en su hogar cocina de leña, el 50% afirma que tiene cocina de leña y el 50% niega poseer este tipo de cina en casa.

Al preguntar en que sitio de la vivienda mantiene la cocina de leña el 50% niega no tener cocina de leña, el 22% la tiene el patio, el 19% en el corredor y el 9% dentro de la casa.

El 62% de las madres o responsable de los menores informan tapar los recipientes que almacenan agua lo contrario al 38% que niega tapar dichos recipientes.

Según las personas entrevistadas el 42% cree que el colocar las sustancias toxicas en sitios altos puede prevenir lesiones no intencionadas, el 40% considera una medida de prevención el guardarlas bajo llave, el 12% manifestó estar de acuerdo con todas las opciones dadas, el 6% considera que una medida preventiva es ponerlas dentro de bolsas.

Al preguntar a las madres y responsables de los menores sobre cuál sería una forma de evitar que los niños se introduzcan cuerpos extraños en la boca, nariz u oídos, el 59% cree que es mantener los objetos pequeños fuera del alcance de los bebes y los niños que empiezan a caminar, el 23% considera que colocarlos

en sitios altos, el 15% respondió que todas las opciones dadas son las correctas y el 3% cree que una medida es depositarlas dentro de bolsas.

Al cuestionar a la madre o responsable entrevistado sobre qué haría usted si su niño se mete o traga un cuerpo extraño; el 72% Consultara a la unidad de salud, el 12% le Metiera los dedos en la boca para que vomite, el 12% le daría comida suave para que se lo termine tragar, el 3% se lo Sacaría con los dedos, pinzas u otros objetos punzantes y el 1% le Metería una pluma en la garganta para que escupa lo que se tragó.

Interpretación:

Los factores que se encontraron presentes en la población estudio están la falta de amortiguadores ante caídas, el fácil acceso de cerillos por el menor, el uso de cocina de leña y la ubicación de genera una vulnerabilidad de que se presente una quemadura, y la falta de medidas efectivas para la prevención de intoxicación por sustancias tóxicas; lo que genera una susceptibilidad de que el menor presente una lesión no intencionada.

Grafico 24: Distribución de factores de factores.

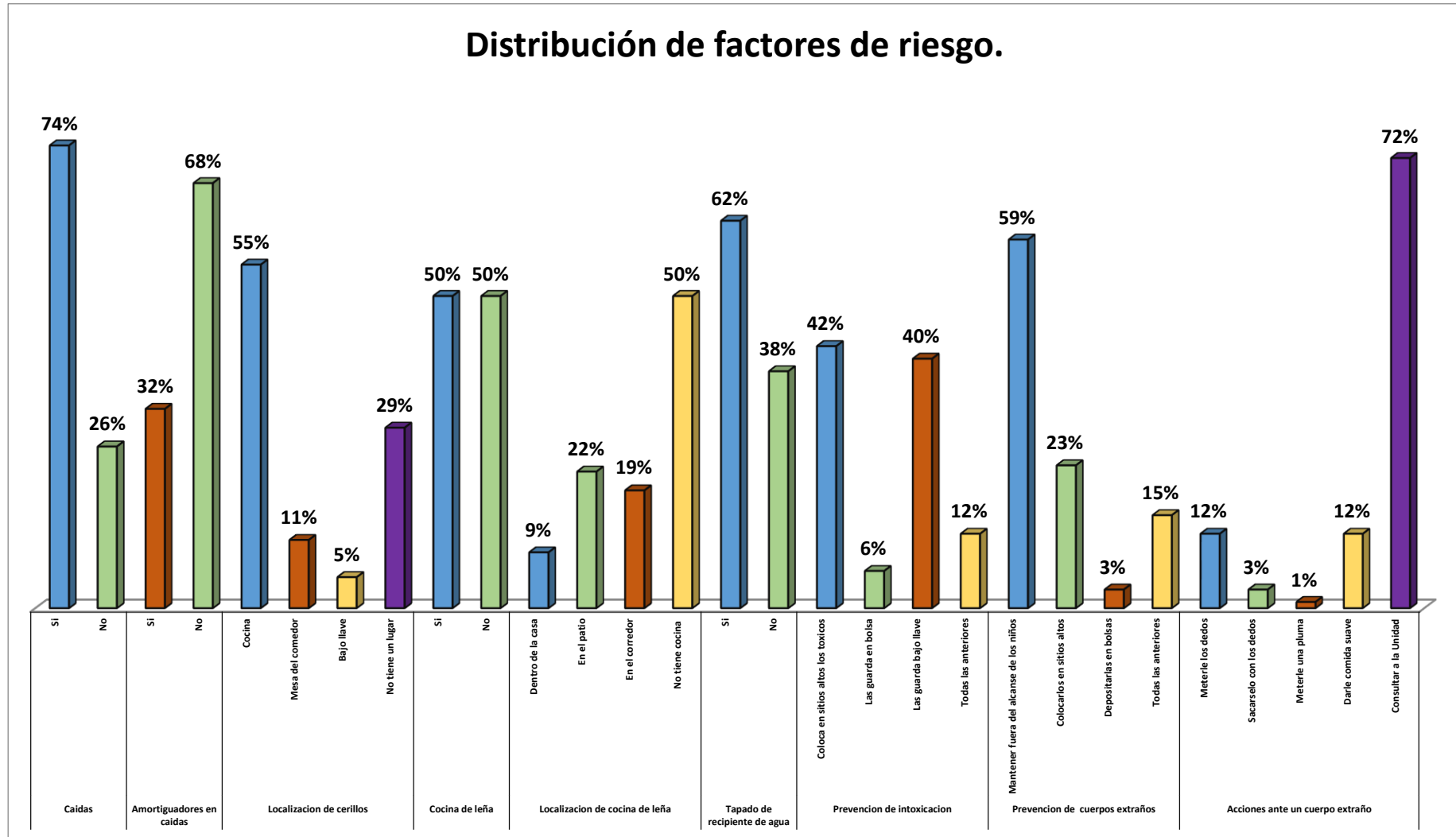
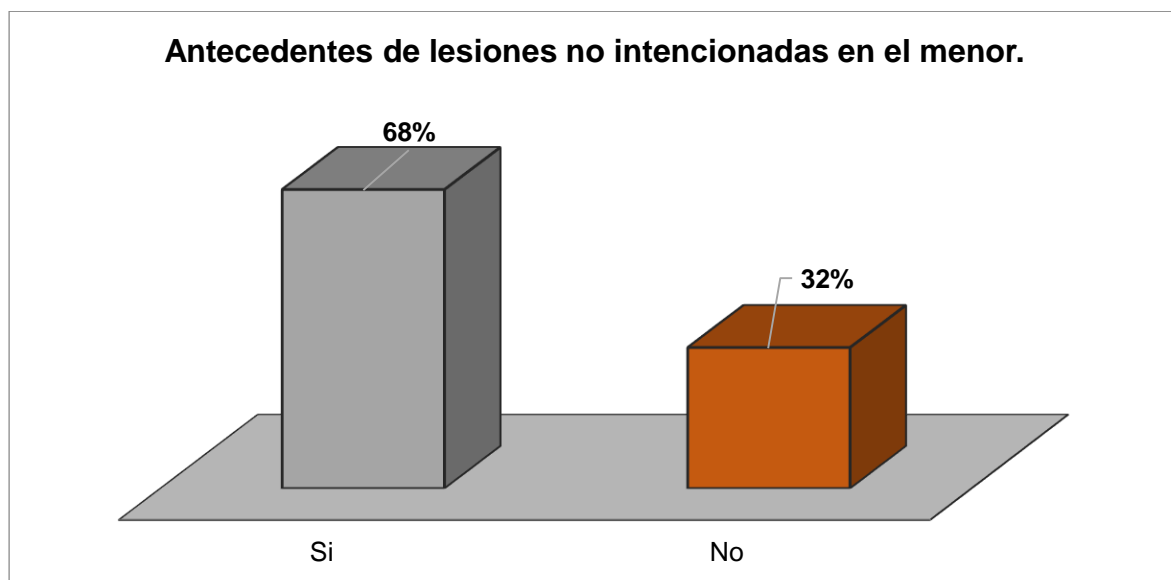


Tabla 28. Antecedentes de lesiones en el menor.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	286	68%
No	137	32%
Total	422	100%

Fuente: Cedula de entrevista.

Grafico 25: Antecedentes de lesiones no intencionadas en el menor.



Fuente: tabla 28.

Análisis:

Al preguntar a la población entrevistada sobre si su hijo en alguna ocasión ha presentado lesiones no intencionadas, el 68% afirma que su hijo si ha adolecido de alguna lesión no intencionada, el 32% niega que su hijo haya padecido alguna lesión no intencionada.

Interpretación:

La mayoría de la población manifiesta que sus hijos han presentado algún tipo de lesión no intencionada lo cual quiere decir que aun cuando ellos tienen conocimientos algunos

no son puestos en práctica en su totalidad lo cual genera el riesgo de que se presenta algún tipo de lesión no intencionada en el menor.

Factor de riesgo*Antecedentes tabulación cruzada

			Antecedentes		Total
			Si	No	
Factor de riesgo	Presentes	Recuento	224	0	224
		Recuento esperado	151.8	72.2	224.0
	Ausentes	Recuento	62	136	198
		Recuento esperado	134.2	63.8	198.0
Total		Recuento	286	136	422
		Recuento esperado	286.0	136.0	422.0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	227.022 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	223.888	1	.000		
Razón de verosimilitud	284.368	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	226.484	1	.000		
N de casos válidos	422				

Como p-valor=0.000 y el nivel de significancia es del 5% ($\alpha=0.05$) esto quiere decir que el p valor es menor que el nivel de significancia, por lo tanto, existe suficiente información para rechazar la hipótesis nula con un margen de error 0% es decir, se acepta la hipótesis de trabajo

2.

7. DISCUSIÓN.

Las lesiones no intencionadas son causa frecuente de consulta en los servicios de salud y pueden ocasionar la muerte dependiendo de la gravedad de estas

El conocimiento de los factores de riesgo de las lesiones no intencionadas permite que los padres o encargados de los infantes puedan tomar las medidas para evitarlas. En el presente trabajo se evidencio que el 77% de las madres tiene un conocimiento no adecuado, en lo relacionado a los factores de riesgo se presentaron en un 75% de afluencia en la población.

Ese conocimiento incorrecto puede estar relacionado a la baja escolaridad en la población, ya que en un 84% no posee un nivel académico adecuado que pueda ayudar a comprender la información, a esto se le suma que la mayoría de las madres oscilan entre las edades de 19 a 35 años, lo cual está ligado a una inmadurez en la toma de decisiones.

Entre los factores de riesgo más importantes que se asocian con un incremento en el apareamiento de las lesiones se incluye la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, y el entorno.

Las lesiones que se producen a una determinada edad representan una ventana de vulnerabilidad durante la cual el niño no está preparado. El ser humano es curioso por naturaleza y esto se comienza a evidenciar durante los primeros años de vida, cuando la bipedestación le permite al niño explorar el entorno que le rodea llevándolo en algunas ocasiones a poner en riesgo su integridad física. Los niños que comienzan a caminar tienen un riesgo elevado de quemaduras, ahogamiento y caídas a medida que se vuelven más activos los riesgos aumentan ya que no tiene el juicio necesario para saber que los medicamentos le pueden causar una intoxicación, no entienden el peligro que representa una ventana abierta, agarrar un objeto y tragarlo o introducirle en oído nariz, acercarse a un río, mar, o piscina.

El género masculino tiende a sufrir más lesiones que las niñas este debido a que suelen ser un poco más activos y más fuertes. Los hijos de familia monoparentales y madres adolescentes las cuales pueden no tener la experiencia necesaria para la

prevención de lesiones en el hogar; por otro lado, las madres de mayor edad que, aunque tiene mayor experiencia con el cuidado de sus hijos, eso no significa que tengan el tiempo necesario para cuidar de un niño, ya que esta mayor vulnerabilidad puede recaer en otro hijo o familiar sin experiencia.

El entorno que rodea al niño influye para que puedan tener o no una lesión y en ese sentido los que habitan en zonas rurales o periurbanas tiene mayor vulnerabilidad a ellos. Pues los niños que son pobres carecen de muchos servicios básicos entre estos la energía eléctrica lo que obliga a las personas a iluminarse con velas y candiles, los cuales además de generar humo causan daño pulmonar los vuelve preesfácil de infecciones respiratoria; se puede producir un incendio ante un descuido, además se carece de cocinas adecuadas y la mayoría usan cocina de leña hecha de ladrillos y las ubican en el suelo de su casa o una altura no adecuada en la que los niños fácilmente pueden entrar en contacto con líquidos calientes o fuego, y provocarse una quemadura. Otra de las carencias es la falta de un lugar adecuado para guardar productos de limpieza como lejía, gas, medicamento, agroquímicos y fósforos.

Al comparar los conocimientos entre cada lesión, el que más presenta conocimientos correctos es caídas, ya que un 57% tiene una definición clara y precisa, la cual según la propuesta por el Instituto Nacional de la Salud Infantil y el Desarrollo Humano caídas es venirse abajo repentinamente por la fuerza de la gravedad; tropezar, derribarse y perder el equilibrio por efecto de una fuerza exterior, siempre en ese mismo tipo de lesión el 74% consideran normal las caídas en el menor durante su proceso de desarrollo lo cual es válido, aunque es de aclarar que todo dependerá del impacto del mismo.

Con respecto al ahogamiento el 60% de las madres lo definen correctamente, pero en un 80% no sabe qué acciones realizar ante la presencia de un evento relacionados a este tipo de lesión; lo cual puede generar grandes consecuencias en el menor, ya que si este no recibe de forma oportuna y eficaz las medidas de reanimación puede llevarlo a la muerte.

Las que tienen mayor nivel de conocimientos incorrectos son quemaduras con un 69%, intoxicación en un 74% y cuerpos extraños en un 71%; en la prevención de estas

lesiones el 51% si aplica de forma correcta dichas acciones para prevenir intoxicaciones al resguardar de forma segura los agentes tóxicos, lo contrario a un 85% de las madres que no aplican correctamente las medidas de prevención de lesiones por objetos extraños.

8. CONCLUSIONES.

En base a lo anterior el grupo de investigación concluye:

1. Se constató que existe un 77% de déficit de conocimientos en las madres que participaron en el estudio relacionado a las lesiones no intencionadas. En cuanto a las quemaduras con un 69% de déficit, ahogamiento con un 32%, intoxicación con un 74% y cuerpos extraños 71%, en lo relacionado a caídas existe un nivel conocimiento bueno (aceptable) con un 54% por parte de la población estudiada.
2. Con respecto a la presencia de factores de riesgo se encontraron presentes factores tales como: la no utilización de amortiguadores ante las caídas, la facilidad de accesibilidad de cerillo y mala ubicación de la cocina de leña y medidas de prevención ineficientes ante accidentes con cuerpos extraños; lo cual aumenta el grado de vulnerabilidad de la población pediátrica a sufrir alguna lesión no intencionada.
3. Dentro de los factores sociales vinculados a la madre se presentaron la edad de la madre que en su mayoría fueron 19 a 35 años de edad es decir adultas jóvenes siendo está caracterizada por un déficit de madurez, en la procedencia en la mayoría es rural, siendo esta zona vinculada a susceptibilidad por estilos de vida propios de la zona y ambiente propicio a la presencia de lesiones no intencionadas, con escolaridad en su mayoría de básica por lo dificultaría la comprensión de la información dada por el personal de salud; siendo la profesión que presento en su mayoría de ama de casa, con estado civil acompañada.
4. Un dato importante de destacar es la edad de los menores en estudio la cual es de 1 a 2 años y de sexo masculino; ambas son características que generan un riesgo porque en esos caracteres el menor es inquieto y su nivel de exploración es muy grande por lo que se puede presentar alguna lesión no intencionada.

9. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- Implementar medidas estadísticas para clasificar de forma más organizada las lesiones no intencionadas.
- Integrar la terminología y clasificación adecuada a lesiones no intencionadas como lo sugiere la OMS para lograr así una mejor atención al usuario.
- Que el personal realice capacitaciones educativas en la población sobre la prevención de lesiones no intencionadas en los niños.

A las UCSF de Torola, Concepción Batres e Isla La Pirraya:

- Crear medidas de educación continua en relación a la divulgación de medidas de prevención de lesiones no intencionadas.
- Enfatizar la importancia de aplicación de medidas de prevención ante las lesiones no intencionadas en el cuidado del menor.
- Realizar un plan educativo de clubes de madres sobre prevención de lesiones no intencionadas.

A las madres o responsables de los menores:

- Aplicar correctamente las medidas dadas por el personal de salud para evitar la presencia de lesiones no intencionadas en los menores.
- Ante una lesión no intencionada recurrir al centro de salud más cercano para recibir una atención adecuada para reducir el impacto del mismo en el menor.

A futuros profesionales del área de medicina:

- Contribuir con la realización de investigaciones sobre lesiones no intencionadas para reducir su impacto en el menor.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Prevención de los traumatismos en los niños. 2010;1–2. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB127/B127_5-sp.pdf
2. OMS. Cada día mueren más de 2000 niños por lesiones no intencionales [Internet]. 2008. p. 3. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/>
3. Gorrita Pérez Y, Gorrita Pérez RR. Diferentes factores de riesgo de accidentes en hogares de niños menores de cinco años. Rev Cienc Med La Habana. 2010;14(3):63–73.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organ Mund la Salud [Internet]. 2012;48. Disponible en: http://cdrwww.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf
5. Gosselin RA, Spiegel DA, Coughlin R, Zirkle LG. Injuries: The neglected burden in developing countries. Bull World Health Organ. 2009;87(4):246.
6. Kliegman RM, Stanton BF. PEDIATRÍA.
7. Salud MDE. Guías Clínicas de Cirugía Pediátrica. 2016;1–81.
8. Esparza MJ, Mintegi S, Azkunaga B, Benítez T, Carazo E, Domenech A, et al. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil [Internet]. 2016. 1-228 p. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de certificado de consentimiento libre e informado del participante.

Lugar: _____

Fecha: _____

Yo: _____

De _____ años, por medio del presente acepto participar en el estudio acerca de nivel de conocimientos que tienen las madres relacionado a los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de las lesiones no intencionadas más comunes de la población infantil de 1 a 5 años, haciendo constar que se explicó los riesgos y benéficos de dicho estudio.

Firma: _____

O

Huella: _____



Cédula de entrevista dirigido a la población de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio

Indicaciones: Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente proceda a escuchar detenidamente cada una de las preguntas y conteste según corresponda.

Número de expediente del niño _____

Numero de encuesta _____

UCSF _____

I- Datos generales de la madre o responsable

1- Edad: ___ años

2- Procedencia

Rural Urbano

3- Alfabeta

Si No

4- Nivel académico

Primaria secundaria bachillerato universitaria ninguno

5- Ocupación

Ama de casa comerciante oficina agricultora oficio domestico otros

6- Estado familiar de la madre o responsable

Soltera Casada Acompañada Viuda

II- características sociodemográficas del niño

7- edad

8- sexo

III- CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

8- ¿Sabe usted que es una caída?

- A) perder el equilibrio.
- B) Caer al suelo al tropezar, ser empujado por otra persona *
- C) Presencia de fractura en una parte del cuerpo
- D) Es la acción de chocar con fuerza contra un objeto

9- ¿Qué son las quemaduras?

- A) Toda lesión en la piel causada por fuego
- B) El tocar un cable de la luz
- C) Una quemadura es un daño de la piel causado por altas temperaturas
- D) Cuando le cae cal en el ojo
- E) Todas anteriores son correctas*

10-¿Qué es un ahogamiento?

- A. Tragar agua al estar dentro de un rio
- B. Cuando la persona está bajo el agua y no puede respirar+
- C. Permanecer en el agua por tiempo prolongado y se desespera.
- D. Todas son correctas.

11-¿Conoce usted lo que tiene que hacer cuando un niño se está ahogando?

Sí No

Si respuesta es afirmativa cual es

12-¿conoce usted que es una intoxicación?

- A) Cuando el niño come alimento vencido
- B) El tomar un veneno
- C) Es cuando un niño traga muchas pastillas
- D) Cuando el niño huele el gas
- E) Todas las anteriores*

13-¿De qué manera se puede intoxicar un niño?

- A) Oliendo una sustancia toxica
- B) Tomando una sustancia toxica
- C) Tocando una sustancia toxica
- D) Inyectando una sustancia toxica
- E) Todas las anterior*

14-¿Conoce usted que es un cuerpo extraño?

- A) cualquier cosa que se tragué el niño y lo ahogué
- B) Meterse un grano de maíz o frijol en el oído

- C) cuando un niño se mete una semilla en la nariz
- D) todas son correctas

15-¿según su criterio quienes sufren más lesiones no intencionadas?

- A) Niños
- B) Niñas
- C) Ambos

16-¿A cuál edad considera que es más frecuente el apareamiento de lesiones no intencionadas?

- A) de 2 meses a 1 año
- B) de 2 años a 5 años
- C) de 6 años a 9 años
- D) mayores de 10 años

IV) Factores de riesgo.

17-¿considera usted que las caídas que sufre su hijo en su hogar son parte normal de desarrollo?

- A) Si
- B) No

18-¿utiliza usted elementos amortiguadores de caídas junto a la cama o cuna de sus hijos?

- A) Si
- B) No

19-¿En qué lugar guarda los fósforos?

- A) Sobre la cocina
- B) En la mesa del comedor
- C) Bajo llave fuera del alcance de los niños
- D) No posee un lugar designado

20-¿Posee cocina de leña?

- A) Si
- B) No

21-Si la respuesta anterior fue si ¿En qué lugar está ubicada la cocina de leña?

- A) Dentro de la casa
- B) En el patio
- C) En el corredor

22- ¿Tapa los recipientes donde almacena agua?

Si No

23-¿Según usted cual sería una forma de prevención la toma sustancias toxicas?

- A) Colocarlas en Sitios altos
- B) Ponerlas dentro de bolsas
- C) Guardarlas bajo llave
- D) Todas las anteriores

24-¿Según usted cual sería una forma de evitar que los niños se introduzcan cuerpos extraños en la boca, nariz u oídos

- A) mantener los objetos pequeños fuera del alcance de los bebés y los niños que empiezan a caminar.
- B) Colocarlas en Sitios altos
- C) Depositarlas dentro de bolsas
- D) Todas son correctas

25-¿Qué usted si su niño se mete o traga un cuerpo extraño

- A) Meterle los dedos en la boca para que vomite
- B) Sacárselo con los dedos, pinzas u otros objetos punzantes
- C) Meterle una pluma en la garganta para que escupa lo que se trago
- D) Darle comida suave para que se lo termine tragar
- E) Consultar a la unidad de salud

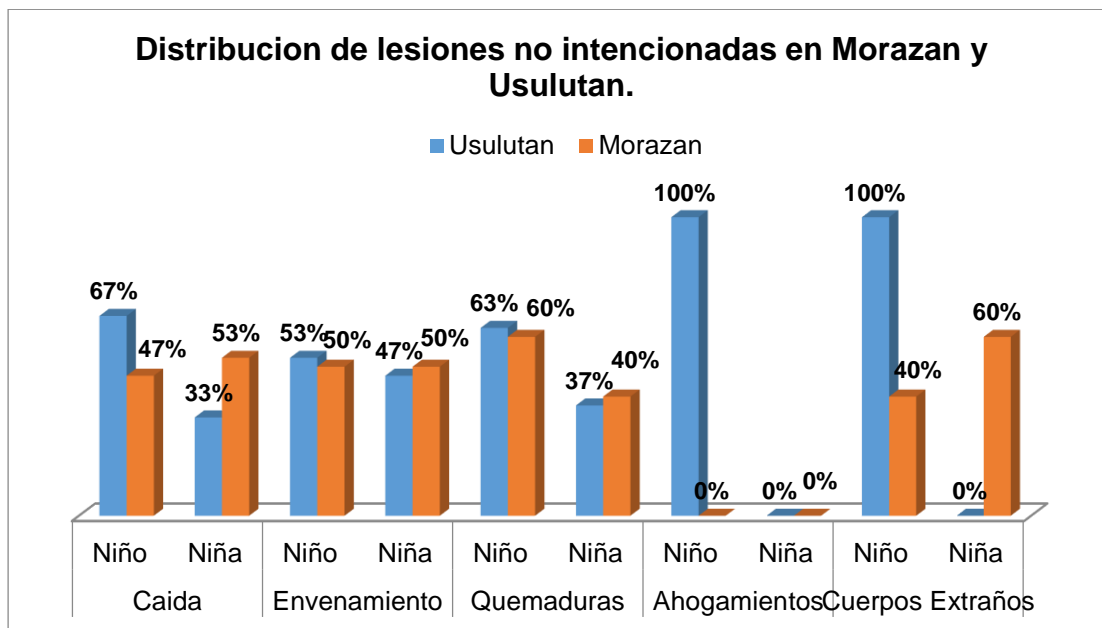
26- ¿Anteriormente su hijo ha presentado alguna lesión no intencionada?

Si No

ANEXO 3. Distribución de lesiones no intencionadas por departamento de Morazán y Usulután (periodo 01-01-2018 al 01-10-18).

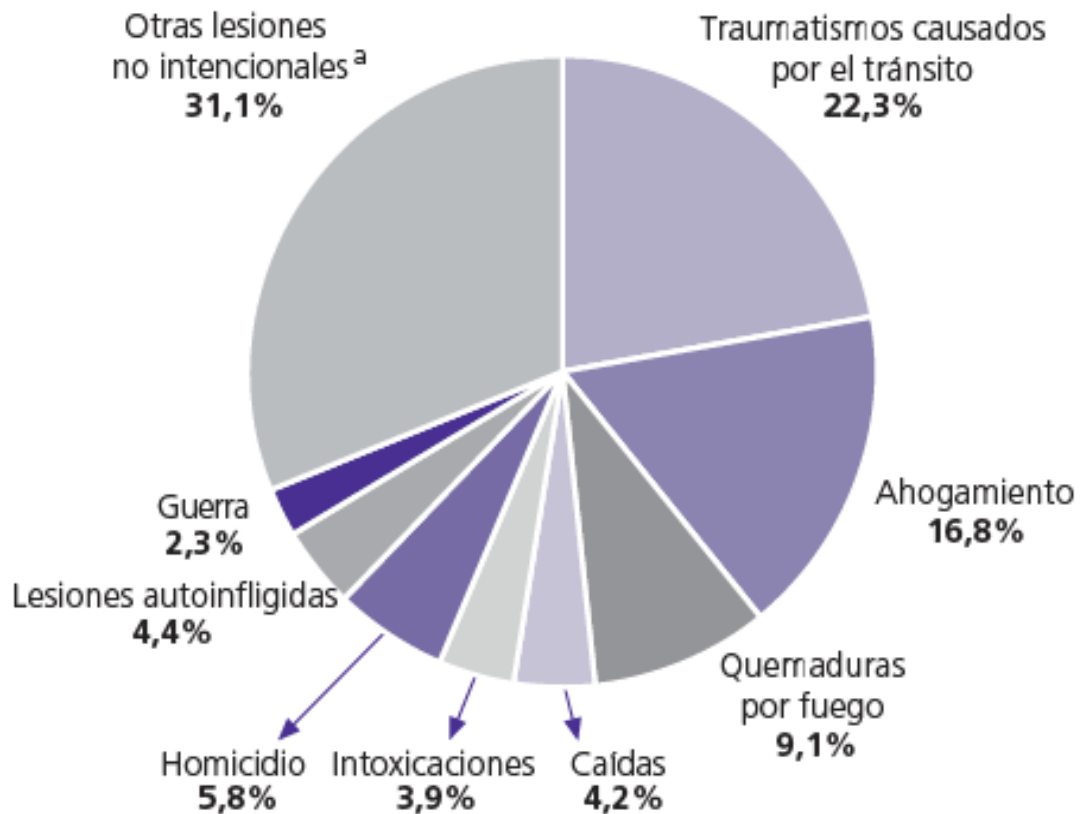
Lesión	Sexo	Usulután		Morazán	
		Fr	%	Fr	%
Caída	Niño	28	67%	8	47%
	Niña	14	33%	9	53%
	Total	42	100%	17	100%
Intoxicación	Niño	10	53%	3	50%
	Niña	9	47%	3	50%
	Total	19	100%	6	100%
Quemaduras	Niño	5	63%	3	60%
	Niña	3	37%	2	40%
	Total	8	100%	5	100%
Ahogamientos	Niño	1	100%	0	0%
	Niña	0	0%	0	0%
	Total	1	100%	0	0%
Cuerpos Extraños	Niño	2	100%	2	40%
	Niña	0	0%	3	60%
	Total	2	100%	5	100%

Fuente: SIMMOW



ANEXO N° 4

Distribución de las defunciones debidas a lesiones en todo el mundo en niños de 0 a 17 años, según la causa, 2004

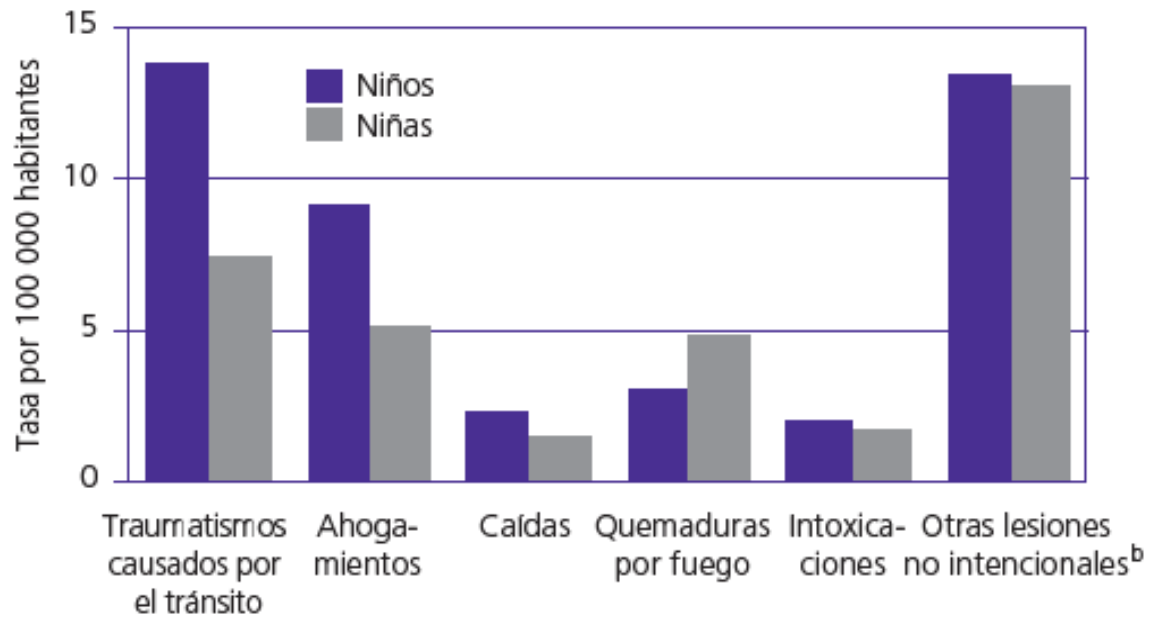


^a En el apartado de "otras lesiones no intencionales" se incluye el ahogamiento, la asfixia, el atragantamiento, las mordeduras de serpientes u otros animales, la hipotermia y la hipertermia.

Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad: actualización del 2004.

ANEXO N°5

Tasas de mortalidad en todo el mundo por lesiones no intencionales por 100 000 niños,^a según la causa y el sexo, 2004



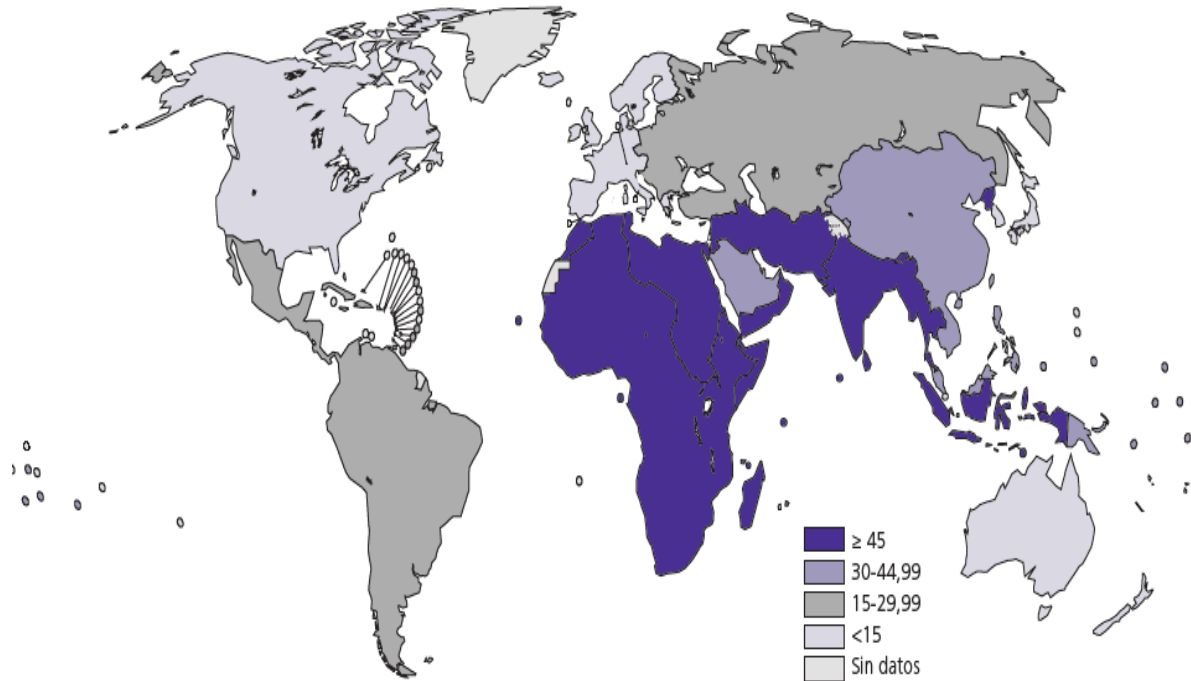
^a Estos datos se refieren a los menores de 20 años.

^b "Otras lesiones no intencionales" incluye el ahogamiento, la asfixia, el atragantamiento, las mordeduras y picaduras de serpientes u otros animales, la hipotermia y la hipertermia.

Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad: actualización del 2004.

ANEXO N°6

Tasas de lesiones no intencionales por 100 000 niños,^a por región de la OMS y nivel de ingresos del país, 2004



África	Las Américas		Asia Sudoriental	Europa		Mediterráneo Oriental		Pacífico Occidental	
	PIA	PIBM	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
53,1	14,4	21,8	49,0	7,9	25,4	41,6	45,7	7,8	33,8

^a Estos datos se refieren a los menores de 20 años.

PIA = países de ingresos altos; PIBM = países de ingresos bajos y medianos.

Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad: actualización del 2004.

ANEXO N°7

Principales causas de muerte en los niños, en ambos sexos, en todo el mundo, 2004

Lugar	Menores de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	Menores de 20 años
1	Causas perinatales	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Traumatismos causados por el tránsito	Causas perinatales
2	Enfermedades diarreicas	Enfermedades diarreicas	Traumatismos causados por el tránsito	Traumatismos causados por el tránsito	Lesiones autoinfligidas	Infecciones de las vías respiratorias bajas
3	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Sarampión	Malaria	Ahogamiento	Violencia	Enfermedades diarreicas
4	Malaria	Malaria	Enfermedades diarreicas	Malaria	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Malaria
5	Anomalías congénitas	Infección por el VIH/sida	Meningitis	Meningitis	Ahogamiento	Sarampión
6	Tos ferina	Anomalías congénitas	Ahogamiento	Infección por el VIH/sida	Tuberculosis	Anomalías congénitas
7	Infección por el VIH/sida	Malnutrición proteico-calórica	Malnutrición proteico-calórica	Tuberculosis	Quemaduras por fuego	Infección por el VIH/sida
8	Tétanos	Ahogamiento	Sarampión	Enfermedades diarreicas	Infección por el VIH/sida	Traumatismos causados por el tránsito
9	Meningitis	Traumatismos causados por el tránsito	Tuberculosis	Malnutrición proteico-calórica	Leucemia	Tos ferina
10	Sarampión	Meningitis	Infección por el VIH/sida	Lesiones autoinfligidas	Meningitis	Meningitis
11	Malnutrición proteico-calórica	Quemaduras por fuego	Quemaduras por fuego	Leucemia	Hemorragia materna	Ahogamiento
12	Sífilis	Tos ferina	Caidas	Quemaduras por fuego	Caidas	Malnutrición proteico-calórica
13	Trastornos endocrinos	Tuberculosis	Anomalías congénitas	Guerra	Intoxicaciones	Tétanos
14	Tuberculosis	Infecciones respiratorias altas	Epilepsia	Violencia	Aborto	Tuberculosis
15	Infecciones respiratorias altas	Sífilis	Leucemia	Tripanosomiasis	Epilepsia	Quemaduras por fuego

Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad, actualización del 2004.

ANEXO N° 8

Tasas de mortalidad en todo el mundo por lesiones no intencionales por 100 000 niños,^a según la causa y el nivel de ingresos del país, 2004

	LESIONES NO INTENCIONALES						TOTAL
	Traumatismos causados por el tránsito	Ahogamientos	Quemaduras por fuego	Caidas	Intoxicaciones	Otras ^b	
PIA	7,0	1,2	0,4	0,4	0,5	2,6	12,2
PIBM	11,1	7,8	4,3	2,1	2,0	14,4	41,7
Todo el mundo	10,7	7,2	3,9	1,9	1,8	13,3	38,8

^a Estos datos se refieren a los menores de 20 años.

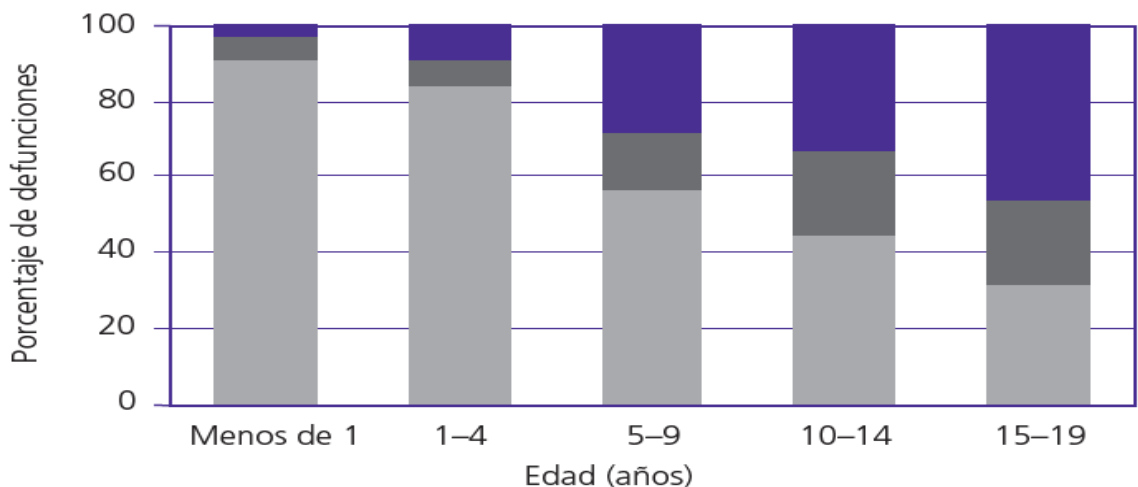
^b "Otras" incluye el ahogamiento, la asfixia, el atragantamiento, las mordeduras o picaduras de serpientes u otros animales, la hipotermia y la hipertermia.

PIA = países de ingresos altos; PIBM = países de ingresos bajos y medianos.

Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad: actualización del 2004.

ANEXO N° 9

Principales causas de muerte en los niños en todo el mundo, 2004



■ Lesiones ■ Enfermedades no transmisibles ■ Enfermedades transmisibles^a

ANEXO Nº 10. GLOSARIO

Abrasión: Ulceración superficial de la piel o las mucosas causada por agentes mecánicos o químicos.

Accidente: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona o cosa.

Accidente doméstico: Son aquellos que ocurren en la vivienda propiamente dicha; patio, jardín, garaje, acceso a pisos superiores, vestíbulos de las escaleras, cuarto de baño, cocina o cualquier otro lugar perteneciente al hogar.

Ahogamiento: proceso que ocasiona problema o impedimento de las respiraciones que puede deberse a diversas causas, bien sea por inmersión o sumersión en un determinado líquido; este fenómeno puede ser descrito como un tipo de asfixia debido a la gran dificultad para poder respirar.

Analgésico: Dícese del medicamento que suprime o disminuye la sensación dolorosa sin que se provoque una pérdida de la conciencia.

Andador: También llamado caminador o deambulador, es un accesorio que permite a las personas con dificultades para caminar, poder desplazarse y moverse sin la ayuda de un tercero.

Caída: Según la OMS, es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Cianosis: Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.

Cuerpo extraño: es cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a éste, ya sea a través de la piel o por cualquier orificio natural como los ojos, nariz, garganta, impidiendo su normal funcionamiento.

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Discapacidad: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Escaldadura: Son lesiones por accidentes térmicos, debidos a exposición de una parte de la superficie del cuerpo al calor seco o húmedo.

Equitación: el arte o la práctica de montar a caballo.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Fractura: es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Grupo etéreo: Conjunto de sujetos, que además se basan en la edad como carácter diferenciador.

Intoxicaciones: es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño.

Ingestión: es la introducción de la comida en el aparato digestivo al servicio de la alimentación o de la hidratación, y en la forma que nos es más familiar se realiza a través de la boca.

Incapacidad: falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo; o de entendimiento o inteligencia; o la falta de preparación, o de medios para realizar un acto.

Lactante: Menor: de los 28 días hasta los 12 meses. Lactante Mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses. Este período se caracteriza por: Un acelerado ritmo del crecimiento y de la maduración de los principales sistemas del organismo. Y desarrollo de habilidades que le permiten al lactante responder al entorno.

Lesión por inmersión: se define como la situación que provoca problemas en la respiración por inmersión en un medio líquido.

Opiáceos: Son medicamentos que imitan la actividad de las endorfinas, que son unas sustancias que produce el cuerpo para controlar el dolor.

Otorrinolaringólogo: El especialista médico que se encarga del estudio de las enfermedades del oído, de las vías respiratorias superiores y parte de las inferiores (nariz, senos paranasales, faringe y laringe).

Prevención: designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

Preparado tópico: Son los procedimientos por los cuales se aplica un medicamento en la piel o en las mucosas cuya acción se efectúa en el sitio mismo de la aplicación.

Proceso salud – enfermedad: expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre.

Quemadura: Lesión de la piel o de otro tejido causada por una lesión térmica.

Rastrojo: Es el conjunto de restos de tallos y hojas que quedan en el terreno tras cortar un cultivo.

Rehabilitación: Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.

Sustancia no farmacológica: Es una lesión en los tejidos del cuerpo causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación.

Traumatismo: es una lesión que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo producto del efecto mecánico de un agente u objeto externo que ocurre de forma abrupta o violenta.

Toxico: es todo aquel elemento o compuesto químico que, absorbido e introducido en el medio interno y metabolizado, es capaz de producir lesiones en los aparatos y sistemas orgánicos e incluso provocar la muerte.

Vía dérmica: Es aquella que se absorbe localmente a través de la piel.

Vía inhalatoria: es una forma de vía de administración de fármacos parenteral, es decir, que no cursa a través del tracto gastrointestinal.

Vía oftálmica: Administrar fármacos por vía ocular con fines terapéuticos y/o diagnósticos en dosis y pautas prescritas.

ANEXO Nº 11: ABREVIATURAS Y SIGLAS.

AAPCC: American Association of Poison Control Centers. (Asociación Estadounidense de Centros de Control de Intoxicaciones por sus siglas en ingles).

E.E.U.U.: Estados Unidos de América.

MAPFRE: Mutualidad de la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SIMMOW: Sistema de información de morbimortalidad vía web

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.

UE: Unión Europea.

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

ANEXO Nº 12: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	2018																																											
		FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.				OCTUBRE				NOV.				DIC.			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x					
2	Inscripción del proceso de graduación	x																																											
3	Aprobación del tema de investigación			x																																									
4	Elaboración del protocolo de investigación	x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x																													
5	Presentación escrita del protocolo de investigación																					Entrega 11 de Mayo de 2018																							
6	Ejecución de la investigación													x	x	x	x	x	x	x	x																								
7	Procesamiento de los datos																					x	x	x																					
8	Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																									x																			
9	Elaboración de las conclusiones y recomendación																													x															
10	Redacción del informe final																																	x											
11	Entrega del informe final																													x	x														
12	Exposición de resultados y defensa del informe final de informe final																																	x	x	x	x	x	x	x	x				

ANEXO N° 13. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

CANTIDAD	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL EN \$
RECURSO HUMANO			
3 personas		0.00	0.00
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
20	Fasters	0.1	2.00
900	Fotocopias varias (bibliografías, revistas)	0.03	27.00
20	Folder	0.15	3.00
10	Anillos de informes de investigación	2	20.00
4	Borrador de goma	0.25	1.00
2	Libretas block de apuntes	1.00	2.00
6	Resmas de papel tamaño carta	5.00	30.00
5	Lápiz de carbón	0.15	0.75
3	Empastados de informe final	15.00	45.00
MATERIALES Y SUMINISTRO INFORMÁTICO			
1	USB	8.00	8.00
2	Laptops	500.00	
	Laptops	240.00	740.00
2	Tinta de color	20.00	40.00
2	Tinta negra	16.00	28.00
		subtotal	936.75
10%	Porcentaje de imprevistos		93.67
		total	1040.42

Autofinanciado por:

Isaac Alberto Gómez Hernández \$346.81.
 Vanessa Beatriz López Reyes \$346.81.
 José Hernán Reyes Benítez \$346.81.

ANEXO N° 14

Lista de figuras.

Figura 1: Contexto general de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Isla La Pirraya, la cual está ubicada en Caserío Isla la Pirraya, Cantón Isla San Sebastián, San Dionicio, Usulután.



Figura 2: Integrante del grupo de investigación realizando la entrevista a madre de menor en estudio.



Figuras 3: Contexto de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Concepción Batres, departamento de Usulután.



Figura 4: Contexto de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Torola, del departamento de Morazán.



Figura 5: Estudiante de servicio social acompañado del personal de salud UCSF Torola, Morazán.



Figura 6: Integrantes del grupo de investigación realizando la prueba piloto en la UCSFI La Presita, San Miguel.



Figura 7: Vivienda semiurbana, ubicada en Barrio El Nuevo, Torola, Morazán.

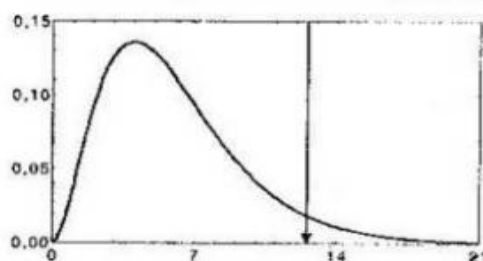


Figura 8: Presencia de cocina de leña en una vivienda, Torola, Morazán.



Anexo 15: Tabla de distribución de chi cuadrado.

Tabla de la Distribución de Chi-cuadrado (c2). $P(\chi^2_{(10)} < 12,55) = 0,75$



gl	Valor-p							
	0.5	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
1	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.83
2	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60	13.82
3	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	16.27
4	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	18.47
5	4.35	6.83	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	20.52
6	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	22.46
7	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28	24.32
8	7.34	10.22	13.36	15.51	17.53	20.09	21.95	26.12
9	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.67	23.59	27.88
10	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19	29.59
11	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.76	31.26
12	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.22	28.30	32.91
13	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82	34.53
14	13.34	17.12	21.06	23.68	26.12	29.14	31.32	36.12
15	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80	37.70
16	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27	39.25
17	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72	40.79
18	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.16	42.31
19	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58	43.82
20	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.57	40.00	45.31
21	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40	46.80
22	21.34	26.04	30.81	33.92	36.78	40.29	42.80	48.27
23	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18	49.73
24	23.34	28.24	33.20	36.42	39.36	42.98	45.56	51.18
25	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.31	46.93	52.62
26	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29	54.05
27	26.34	31.53	36.74	40.11	43.19	46.96	49.64	55.48
28	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99	56.89
29	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34	58.30
30	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67	59.70
40	39.34	45.62	51.81	55.76	59.34	63.69	66.77	73.40
50	49.33	56.33	63.17	67.50	71.42	76.15	79.49	86.66
60	59.33	66.98	74.40	79.08	83.30	88.38	91.95	99.61
70	69.33	77.58	85.53	90.53	95.02	100.43	104.21	112.32
80	79.33	88.13	96.58	101.88	106.63	112.33	116.32	124.84
90	89.33	98.65	107.57	113.15	118.14	124.12	128.30	137.21
100	99.33	109.14	118.50	124.34	129.56	135.81	140.17	149.45