

# **UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA.**



**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE  
PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES  
DOMESTICOS EN PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-  
2015.**

**Tesis para optar el Título Profesional de:  
LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA.**

**Presentado por:**

**Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin.**

**Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2015**

# ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

R.D N° 284- FC de la S – UNSCH-2015.

Bach. Raúl Franklin, Quispe Pacheco.  
Bach. Maritza, Chávez Barrientos.

En la ciudad de Ayacucho, siendo las diez con cuarenta minutos del día veintiuno de diciembre del año dos mil quince, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador en el auditorio de la Escuela Profesional de Enfermería, conformado por los docentes:

<b>Mg.</b> Héctor Huaraca Rojas.	(Presidente)
<b>Mg.</b> Lidia González Paucarhuanca.	(Miembro)
<b>Lic.</b> Julia Palomino Mayhua.	(Miembro)
<b>Lic.</b> Arturo Morales Silvestre.	(Asesor)

El presente acto lo preside el Mg Héctor, Huaraca Rojas, por encontrarse el titular en un acto académico similar, así mismo se procesa por mayoría ya que la Dra. Isabel H. Hernández Mayhua se encuentra con licencia por enfermedad.

Actúa como Secretaria Docente La Lic. Rosa M. Muñoz Pizarro.

A continuación el presidente del Jurado Evaluador, solicita a que la Secretaria Docente dar lectura a los documentos que obran en mesa:

- Expediente constituida por solicitud N° 005480 de fecha once de diciembre del año dos mil quince y R.D N° 055- 2015 – FENF/ D de fecha tres de agosto dos mil quince de aprobación de proyecto de tesis.
- R.D N° 284 –FC DE LA S- UNSCH – 2015 de la fecha catorce de diciembre dos mil quince, el que declara expedido para la sustentación de tesis.

A continuación el Sr. Presidente Del Jurado Evaluador, solicita a los Bachilleres Raúl Franklin Quispe Pacheco Y Maritza Chávez Barrientos a exponer su trabajo de tesis titulado: **"Efectividad de la Aplicación del Programa "ALLIN KAUSAY", de Promoción de una Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos en Pre escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015"**; en el tiempo estipulado de acuerdo al reglamento de grados y títulos.

Concluida la sustentación, el Sr. Presidente invita a los miembros de Jurado Evaluador a formular las preguntas pertinentes al trabajo sustentado. Concluida la etapa de preguntas y respuestas se solicita a los Aspirantes al Título Profesional y al público en general, abandonar el auditorio para el proceso de calificación.

Luego de una amplia deliberación el Jurado Calificador arriba a las siguientes conclusiones para cada sustentante.

	Nota Texto	Nota Expos.	Nota Resp.	Promed.
<b>Bach. RAÚL FRANKLIN QUISPE PACHECO</b>				
<b>Mg. Héctor, Huaraca Rojas.</b>	16	17	16	16.3
<b>Mg. Lidia, González Paucarhuanca.</b>	16	16	15	16
<b>Lic. Julia, Palomino Mayhua.</b>	16	17	15	16
<b>Lic. Arturo, Morales Silvestre.</b>	16	17	16	16.3
<b>PROMEDIO:</b>				

<b>Bach. MARITZA CHÁVEZ BARRIENTOS</b>				
<b>Mg. Héctor, Huaraca Rojas.</b>	16	16	17	16.3
<b>Mg. Lidia, González Paucarhuanca.</b>	16	15	16	16
<b>Lic. Julia, Palomino Mayhua.</b>	16	16	16	16
<b>Lic. Arturo, Morales Silvestre.</b>	16	16	16	16
<b>PROMEDIO:</b>				

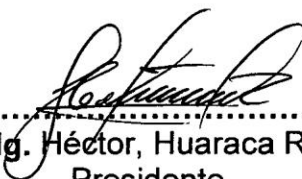
Llegando a las siguientes conclusiones para cada sustentante:

- Aprobar por unanimidad al Bach. Raúl Franklin Quispe Pacheco con la nota de dieciséis (16).
- Aprobar por unanimidad al Bach. Maritza Chávez Barrientos con la nota de dieciséis (16).

**OBSERVACIONES:**

- Revisar la redacción. Aclarar la población y muestra. Retirar tipo de muestreo. Precisar la interpretación estadística.


Siendo las doce horas con cuarenta minutos, se concluye con el presente acto, firman al pie.

  
.....  
**Mg. Héctor, Huaraca Rojas.**  
Presidente

  
.....  
**Mg. Lidia, González Paucarhuanca.**  
Miembro

  
.....  
**Lic. Julia, Palomino Mayhua.**  
Miembro

  
.....  
**Lic. Arturo, Morales Silvestre.**  
Miembro- Asesor

  
.....  
**Lic. Rosa M, Muñoz Pizarro.**  
Secretaria-Docente

## DEDICATORIA

**A:**

***Dios**, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

***A mis padres**, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*

***A mis maestros**, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales; A mi entrañable asesor, amigo y profesor **Arturo MORALES SILVESTRE**, por su profesionalidad, horas de dedicación y ayuda incondicional; en la elaboración de esta tesis ofrecido en este trabajo de investigación.*

**Raúl. F.**

**A Dios**, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

**Para mis padres, JORGE y ROBERTA** por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

**A mis hermanos**, por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

**A CHARLIES**, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos y a mi hija NICOL ARIANA quien es mi motivación, inspiración y felicidad.

**Al profesor**, Arturo Morales silvestre por su gran apoyo y motivación para la elaboración y conclusión de esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

**Maritza.**

## INDICE

	pag
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	9
<b>CAPITULO I REVISION DE LA LITERATURA</b>	<b>15</b>
Antecedentes referenciales	16
Base teórica	23
Efectividad.	
Programa.	24
Programa de promoción de una cultura preventiva.	25
Cultura preventiva	26
Programas dirigidos a la población general	
Estrategias del programa de promoción para una cultura preventiva	
Simulacros en manejo de accidentes domésticos	28
Emergencia	29
Emergencia doméstica	30
Riesgos domiciliarios.	
Accidentes.	33
Accidentes domésticos.	
Consecuencia de los accidentes.	34
Clasificación de accidentes domésticos	35
Primeros auxilios	40
Botiquín	
Niño pre escolar	41
Definición operacional de términos	44
<b>CAPITULO II MATERIALES Y METODOS</b>	<b>46</b>
Tipo de investigación	47
Diseño de investigación:	
Área de estudio	
Población	48

Muestra	
Tipo de muestreo	
Técnica e instrumentos de recolección de datos	
Procedimiento de recolección	
Plan de procesamiento y análisis de datos	49
<b>CAPITULO III RESULTADOS</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO IV DISCUSION</b>	<b>63</b>
Conclusiones	77
Recomendaciones	
Referencias bibliográficas	79
<b>A N E X O</b>	<b>82</b>
<b>Anexo A.</b> Instrumento.	
<b>Anexo B.</b> Tablas	
<b>Anexo C.</b> Grafico de aplicación del programa.	
<b>Anexo D.</b> Plan del programa educativo.	
<b>Anexo E.</b> Fotos.	

## AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi eterno agradecimiento:

A Dios, por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado de cada uno de nosotros.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, por la oportunidad de forjar a todos los estudiantes de pre-grado quienes realizan sus estudios superiores basada en nuestra carrera profesional.

A la Escuela de Formación Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y a su plena docente por sus enseñanzas durante nuestra formación profesional por brindarnos sus enseñanzas y experiencias.

Al profesor **Arturo MORALES SILVESTRE**, por su profesionalidad, y horas de dedicación en el asesoramiento de la presente tesis.

Nuestros sinceros agradecimientos a todas las familias con niños pre escolares del Distrito de Quinua, de alguna forma fueron participes durante la aplicación del programa.

# **EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY” DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMÉSTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin.

Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

## **RESUMEN**

El **Objetivo** fue Determinar la efectividad de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho 2015. Los **Material y métodos:** investigación fue cuantitativa, aplicada, el diseño prospectivo, de corte transversal, pre experimental (prueba / pos prueba, la población estuvo conformada por familias con niños pre-escolares en el seno del hogar y la muestra fue constituida por 10 familias con niños pre escolares muestreo fue no probabilístico intencional. Se utilizó la lista de cotejo, los instrumentos fueron aplicados antes y después de la aplicación del programa. **Resultados:** Los resultados muestran en relación a las practicas sobre prevención de riesgos osteomuscular, dérmico y cardiorrespiratorio, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promovía practicas adecuadas y el 90% promovía practicas inadecuadas, producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas; asimismo en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomuscular, dérmicas y cardiorrespiratorio, antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomuscular, dérmicos, cardiorrespiratorio, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente. **Se concluye** que el Programa “ALLIN KAUSAY” es efectiva en la promoción de prácticas de prevención de riesgos domiciliarios en accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ) y es efectiva en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ).

**Palabras clave:** Prevención de riesgos domiciliarios, manejo de accidentes en el hogar, en pre escolares.

**EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME "ALLIN KAUSAY" OF PROMOTING A PREVENTIVE CULTURE IN PRESCHOOL DOMESTIC ACCIDENTS. DISTRICT OF QUINOA, AYACUCHO-2015**

Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin  
Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza

**ABSTRACT**

**The objective** was to determine the effectiveness of the implementation of the "ALLIN KAUSAY" program to promote a culture of prevention in pre-school domestic accidents. District of Quinoa, Ayacucho 2015. **Methods:** quantitative research was applied, the prospective, cross-sectional, pre experimental (test / post-test, the population consisted of families with pre-school children within the home and The sample consisted of 10 families with children preschool sample was not probabilistic intentional the checklist was used instruments were applied before and after the implementation of the program. **Results.** The results show in relation to the practices of prevention musculoskeletal, dermal and cardiac risk, 100% of the study population before implementing the program promotes adequate 10% 90% practices and promotes bad practices, due to the risk factors after program implementation " ALLIN KAUSAY "70% of the study population have improved musculoskeletal prevention practices, dermal, cardiorespiratory and even 30% show no significant changes or promoted risks; also in relation to the handling of domestic accidents on musculoskeletal, skin and cardiac problems before implementing the program 100% of the study population had poor management; after application of the "ALLIN KAUSAY" program there were significant changes as 50% promoted a good management of domestic accidents musculoskeletal, skin, cardiac, 30% had a regular management and even 20% remains poor management. We conclude that the "ALLIN KAUSAY" program is effective in promoting prevention practices in domestic household accident risks preschool District Quinoa ( $p < 0.05$ ) and is effective in the management of more frequent domestic accidents in pre District -escolares Quinoa ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Prevention of household risks, management of accidents in the home, in preschool.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define un accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocada por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales. Los accidentes o lesiones no intencionales representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte de niños mayores de 1 año y adultos jóvenes en casi todos los países. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad<sup>1</sup>

Mientras más pequeño es un niño son más frecuentes las lesiones dentro del hogar, tales como: caídas, quemaduras en la boca, quemaduras en manos por cable eléctrico, ahogamiento por sumersión, amputación de un dedo o asfixia; según el niño avanza en edad, después de alcanzar la bipedestación y la capacidad de marcha, el riesgo de sufrir otro tipo de lesiones o traumas aumenta y es explicable encontrar además de los tipos previamente mencionados, la ingestión de cuerpos extraños (monedas, juguetes pequeños),

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública. Principales indicadores de salud. La Habana: MINSAP, Cuba 2001.

caídas de diversa índole, quemaduras por agua en ebullición, quemaduras esofágicas por cáusticos, mordedura por perros en región craneofacial, atropellamiento y recepción de una lesión cuando se viaja en un vehículo en movimiento, que generalmente culmina con traumatismo craneoencefálico, lesión torácica y visceral abdominal<sup>2</sup>.

Además de las defunciones por lesiones no intencionales, decenas de millones de niños requieren atención hospitalaria por lesiones no mortales. Muchos de ellos quedan con algún tipo de discapacidad, a menudo con consecuencias de por vida. Los traumatismos causados por el tránsito y las caídas están entre las 15 principales causas de la carga de morbilidad mundial en los niños de 0 a 14 años. En lo que atañe a aquellos que sobreviven a las lesiones, la necesidad de atención y rehabilitación y la posibilidad de que sufran discapacidades permanentes pueden tener una gran repercusión en su futuro, salud y educación, así como en su inclusión social y en los medios de subsistencia de sus padres<sup>3</sup>.

Bratschi, afirma que se está trabajando en materia de autoprotección y están más avanzados en los países de China, España, Chile, Cuba, entre otros", en el caso de Chile, que logró minimizar y mitigar los daños ante la ocurrencia de los riesgos domésticos, donde se deduce que los países han tomado medidas de autoprotección preparándose en materia de riesgos, Además de estos países todos, sin excepción deben prepararse para casos de emergencia o desastres independientemente del lugar donde ocurra<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del MINSAP. Principales causas de muerte de 1–4 años de edad. Cuba 2004.

<sup>3</sup> OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>4</sup> Bratschi. Colaboradora permanente de UNISDR (Oficina de las Naciones Unidas para la reducción de riesgos de desastres. 2010)

En el Documento Técnico Política Nacional de Salud (MINSA 2011 – 2020), el Perú suscita mayor porcentaje de la mortalidad por falta de una adecuada planeación, intervención inmediata para enfrentar una situación de emergencia provocada por accidentes domésticos y esto pone en mayor riesgo nuestras vidas y nuestro patrimonio<sup>5</sup>.

En la Región de Ayacucho el sistema de atención de emergencias domésticas fundamentalmente se provee a través de los servicios de salud en los diferentes niveles de establecimientos de salud; en la cual ante un inminente u ocurrencia de riesgo y accidente domésticos las familias no están adecuadamente preparados para responder y mitigar las probabilidades de muerte en la población vulnerable; como también la limitada intervención del estado y la falta de interés de la población en el cuidado de su salud refleja directamente en una débil cultura preventiva de accidentes domésticos, encaminado negativamente en el incremento de discapacidades, muertes por falta de una acción oportuna ante los accidentes suscitados.

La forma de condiciones de vida que llevan las familias en el Distrito de Quinua pone en riesgo la integridad de sus miembros, donde los niños pre escolares son los más vulnerables, quienes tienen mayor riesgo a presentar accidentes domésticos que conllevan a la discapacidad y/o muerte; entre las prácticas que conllevan a los riesgos domésticos identificados tenemos: escaleras sin barandas, inadecuada instalación eléctrica en domicilios, superficies inadecuadas, ambientes con poca iluminación, inadecuado almacenamiento de productos químicos y objetos de menor tamaño, que son las causas que conllevan a la alta incidencia de accidentes domésticos en pre-

---

<sup>5</sup> MINSA. Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020: Documento técnico (R.M. N° 258-2011/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental – Lima: Ministerio de Salud; 2011.

escolares, estos riesgos domésticos muchas veces no son considerados como riesgo prioritario para la familia, notándose en un descuido en la prevención de accidentes domésticos; por tanto es necesario la sensibilización a través de la aplicación de un programa a fin de reducir los mencionados riesgos.

No existe un programa de intervención preventivo desde los procesos de sensibilización de las familias en controlar los riesgos domiciliarios y el manejo de las emergencias más frecuentes en los senos de los hogares, por lo tanto es indispensable promover un programa de cultura preventiva ante accidentes domésticos con un enfoque familiar y una buena intervención con la participación de la familia como eje principal para la prevención de daños y riesgos ante accidentes domésticos en pre-escolares, teniendo en cuenta los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos de la población. La propuesta del programa está centrada en sesiones educativas familiares individualizadas y la aplicación de técnicas de simulacros con sesiones demostrativas y re-demostrativas.

Por tal razón, se propuso la investigación titulada “Efectividad de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015”; **se propuso como objetivo General:** Determinar la efectividad de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

Siendo los objetivos específicos:

- Evaluar las prácticas en prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, en las familias, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

- Evaluar el manejo de accidentes domésticos en lesiones osteomuscular, dérmicos y cardiorrespiratorios más frecuentes en pre-escolares, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Aplicar un programa preventivo "ALLIN KAUSAY" para reducción de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos pre-escolares en las familias. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Evaluar las prácticas en prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, en las familias, después de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY". Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Evaluar el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares después de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY". Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

La hipótesis propuesta fue; El Programa "ALLIN KAUSAY" de prevención de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos es efectivo en la prevención y manejo de accidentes en las familias de pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

Los resultados muestran en relación a las practicas sobre prevención de riesgo osteomuscular, dérmico y cardiorrespiratorio, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promueve practicas adecuadas y el 90% promueve practicas inadecuadas, producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o

promovieron cambios no significativas; asimismo en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares, dérmicas y cardiorrespiratorio, antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomuscular, dérmicos, cardiorrespiratorio, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente. Se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectiva en la promoción de prácticas de prevención de riesgos domiciliarios en accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ) y es efectiva en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ).

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción; Revisión de la Literatura, Resultados y Discusión; Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

## **CAPITULO I**

### **REVISION DE LA LITERATURA**

## 1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Al revisar la literatura correspondiente, se han encontrado las siguientes investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y regional.

Córdova y Day (2014). En la tesis titulada "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador; concluye en lo siguiente: de 184 niños que presentaron accidentes en el hogar, de ellos el 28.9% son de 2 a 3 años, los accidentes más comunes son las traumas con un 63.6%. Los accidentes en el hogar la causa más frecuente fue el piso con un 38.0% seguido por el mobiliario con un 29.3 %. El 98.4 % de los niños no se quedaron en el hospital y el 0.5 % se quedaron hospitalizados en los servicios de emergencia y cirugía pediátrica por un tiempo de 15 días, de ellos el 91.8% se han recuperado totalmente y no tienen ningún tipo de discapacidad y el 7.1 % no se han recuperado totalmente y no tienen ningún tipo de discapacidad y el 7.1 % no se han recuperado totalmente dejando así secuelas durante toda su vida<sup>6</sup>.

Loja M. (2011) En la tesis titulada "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador. Escuela Superior Politécnico de Chimborazo; concluye que los niños menores de la casa tienen un riesgo del 55% de sufrir una caída, ocasionase un golpe en cualquier parte de su cuerpo ya que muchos de

---

<sup>6</sup> Córdova y Day. "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador 2014.

ellos son influenciados por los dibujos animados de la televisión y por lo tanto imitan juegos y movimientos peligrosos que atenta contra su integridad física. Los accidentes de mayor riesgo de los niños y niñas fueron por quemaduras en un 41% que ocurrieron en la cocina, estos se dieron sin la presencia de un adulto produciéndolos un daño psicológico y físico para toda su vida. Con la utilización del manual de prevención de accidentes domésticos se logró concientizar a los niños y niñas que todo tipo de accidentes se puede prevenir siempre y cuando adoptemos las normas de prevención para poder hacer de nuestro hogar un lugar seguro<sup>7</sup>.

Cuñá R. (2012). En la investigación titulada: "Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León". Epidemiología y análisis cronobiológico de 10933 casos. 2012. Valladolid-España. Concluyen que los accidentes infantiles predominan en el sexo masculino, tanto de forma global como en función de los diferentes tipos de accidente, con la excepción de las intoxicaciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Los accidentes infantiles son más frecuentes en los 2 primeros años de vida. El tipo de accidente más frecuente es el traumatismo. Los accidentes relacionados con intoxicaciones, ingesta-inhalación de cuerpos extraños y quemaduras, se producen mayoritariamente en el hogar, de ahí que la familia sea en ellos el alterante que genera más llamadas al Servicio de Emergencias Sanitarias. En los demás tipos de accidente, el alterante se encuentra en el entorno inespecífico en que sucede. En una valoración de

---

<sup>7</sup> Loja M. "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador 2011.

conjunto se observa que, los accidentes son más prevalentes en horas, días y mes o estación que corresponden a momentos de estancia en el hogar, recreo, ocio y/o vacaciones, en los que la potencial tutela corresponde preferentemente al entorno familiar. Algunos datos, derivados de los diferentes tipos estudiados, plantean la conveniencia de enfatizar sobre necesidades de prevención específica y adaptada a tales tipos, especialmente cuando el riesgo de muerte o lesión grave es patente, como los accidentes de tráfico. Y, secundariamente, algunos otros como puede ser el ejemplo de los relacionados con carritos de la compra<sup>8</sup>.

Villarroel. N (2010). En la tesis titulada, "Programa de Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Postgrado Integrado en Seguridad Social, concluye en lo siguiente: Un alto porcentaje (75%) manifiesta escasos conocimientos en materia de prevención, sin embargo expresan sus deseos de conocer los mecanismos que pudieran ayudarlos a evitar accidentes domésticos. Más de la mitad de la muestra consultada (informales) afirma haber sufrido algún tipo de accidente domésticos en el último año. Los aspectos relativos a la seguridad social y a la prevención en accidentes domésticos arrojaron como principales resultados un desconocimiento absoluto sobre una cultura preventiva en accidentes domésticos; asimismo manifiestan poco interés por una seguridad social<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Cuña R. Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de castilla y león. Epidemiología y análisis cronobiológico de 10.933 casos. Valladolid. 2012

<sup>9</sup> Villarroel. N. en la tesis titulada, "Programa De Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Venezuela. Universidad Central de Venezuela 2010.

De igual forma la Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que las lesiones y la violencia son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, y provocan cada año cerca de 950 000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años; es decir, cada hora mueren innecesariamente más de 100 niños. Las lesiones no intencionales representan casi el 90% de estos casos. Los traumatismos causados por el tránsito son, de por sí, la principal causa de defunción entre los 15 y 19 años, y la segunda causa en los niños de 5 a 14 años. Además de las defunciones por lesiones no intencionales, decenas de millones de niños requieren atención hospitalaria por lesiones no mortales. Muchos de ellos quedan con algún tipo de discapacidad, a menudo con consecuencias de por vida. Los traumatismos causados por el tránsito y las caídas están entre las 15 principales causas de la carga de morbilidad mundial en los niños de 0 a 14 años. En lo que atañe a aquellos que sobreviven a las lesiones, la necesidad de atención y rehabilitación y la posibilidad de que sufran discapacidades permanentes pueden tener una gran repercusión en su futuro, salud y educación, así como en su inclusión social y en los medios de subsistencia de sus padres<sup>3</sup>.

Minchola A. (2011) en su tesis titulada "accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. Concluye en la siguiente, Las caídas ocupan un lugar preponderante en los accidentes que ocurren en el hogar, en particular en los niños menores de 1 año y de 1 a 3 años de edad. Las quemaduras ocupan el segundo lugar y se deben sobre todo al agua caliente y al fuego. El grupo de mayor riesgo son los niños de 1

a 3 años. Las intoxicaciones se presentan en tercer lugar y ocurren con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años. La causa principal de intoxicación es por ingestión de kerosene, seguida por la ingestión de lejía y detergentes. Las cortaduras se producen más en los niños de 3 a 5 años, en especial por el manejo de cuchillos, navajas y vidrios, y en menor porcentaje por instrumentos punzantes. Las asfixias se deben básicamente a la introducción de objetos extraños en la boca o la nariz, como monedas y papel, y se presentan con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años.

El alto porcentaje de accidentes que se producen en el hogar en niños menores de cinco años ocurren en barrios marginados, donde las familias tienen escasa instrucción y desconocen las medidas de seguridad en el hogar: esto guarda una estrecha relación con la situación socioeconómica de la familia, y con la poca accesibilidad a los servicios de salud<sup>10</sup>.

Bautista. E. (1998) en su tesis titulada "accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho". Las quemaduras, las fracturas y TEC constituyen las accidentes más frecuentes en el hogar y representa el 82.8% del total de accidentes; el sexo del niño no constituye un factor determinante de los accidentes sin embargo influye del tipo de accidente que puede sufrir; el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que

---

<sup>10</sup> Minchola A. "accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. 2011.

proviene de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de fracturas en 30.8% y 20.7% de niños que sufrieron quemaduras<sup>11</sup>.

Hinostrza. C. (2011) en su tesis titulada "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" los tipos de accidentes que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Lesiones o heridas 56.0%, seguido de Quemaduras y/o Electrocutamiento 22.0%, Intoxicaciones 14.0% y Mordeduras 8.0%; el grado de severidad de los accidentes domésticos presentadas por los pre-escolares son moderadas 72.0% y grave 28.0%; en cuanto al factor de riesgo físico, las escaleras no protegidas son las que produjeron mayores lesiones con 26.0%, en factor de riesgo Químico, el acceso de fósforos y objetos calientes causaron Quemaduras<sup>12</sup>.

Cordero N. Y Bejar J. (2014). En la tesis titulada "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento y Actitudes de la Madres de pre-escolares sobre la prevención de accidentes domésticos. Asociación Guamán Poma de Ayala. Ayacucho". Se identificó que el 70% tuvieron una actitud desfavorable y el 30% actitud favorable en el manejo de accidentes domésticos. Después de la aplicación del programa el 55% continúan con una actitud favorable y el 45 % con actitud desfavorable en el manejo de accidentes domésticos; el programa "Infancia Segura" tiene un efecto positivo en el incremento del conocimiento sobre prevención y manejo de

---

<sup>11</sup> Bautista E. "Accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho" 1998.

<sup>12</sup> Hinostrza C. "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" 2011.

accidentes domésticos, del 10% de conocimiento bueno antes de la aplicación del programa a 60 % después de la aplicación del programa<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Cordero N. y Béjar .J. "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento y Actitudes de la Madres de pre-escolares sobre la prevención de accidentes domésticos. Asociación Guamán Poma de Ayala. Ayacucho" 2014

## **1.2. BASE TEÓRICA<sup>14, 15, 16, 17, 18</sup>**

### **1.2.1. Efectividad.**

La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Cuando se habla de efectividad, se está haciendo referencia a la capacidad o habilidad que puede demostrar una persona para obtener determinado resultado a partir de una acción; además tiene que ver con optimizar todos los procedimientos para obtener los mejores y más esperados resultados. Por lo general, la efectividad supone un proceso de organización, planificación y proyección que tendrá como objetivo que aquellos resultados establecidos puedan ser alcanzados.

**A. Programa efectivo:** Un programa efectivo es la forma ideal de cumplir con un objetivo o meta. No sólo se alcanzará el efecto deseado, sino que se habrá invertido la menor cantidad de recursos para realizar y alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización del programa.

**B. Programa no efectivo:** Es un programa que no tiene la capacidad de producir el efecto deseado tras la realización de dicho programa.

---

<sup>14</sup> Fernández, B. Material didácticos de apoyo para profesionales sanitarios de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid-España 2001.

<sup>15</sup> Manual CTO Enfermería. Recomendaciones de RCP del ERC. 2012 5ta edición CTO. Editorial, Madrid. España 2013.

<sup>16</sup> Diccionario enciclopédico, Real academia española. Editorial grupo océano, Barcelona- España 2006.

<sup>17</sup> Rodríguez, G. Consideraciones didácticas para la formación de la habilidad "Reanimar" Cienfuegos 2007.

<sup>18</sup>Torres y col. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN- Cuba 2010.

### 1.2.2. Programa.

Martínez, M. moreno, S. (2006). Define que es un conjunto organizado de políticas, procedimientos y actividades diseñado para proteger y promover la salud, el bienestar de los estudiantes y maestros, que tradicionalmente incluye servicios de salud, ambiente escolar higiénico y educación para la salud.

Del mismo modo, es la estructura y medio necesario para hacer frente a situaciones de riesgo que ponga en peligro la seguridad de las personas; es decir, la planificación que posibilite la organización, coordinación y dirección de todos los servicios, públicos y privados implicados en las emergencias; de la misma forma, hace posible la coordinación y dirección de medios existentes a la hora de actuar. Además, prevé la elaboración de un catálogo de medios y recursos disponibles y establece las pautas que se deben seguir en situaciones de emergencias médicas o accidentes domésticos en el entorno.

Por otra parte; según, Ramos, J. y Peláez, V. (2009), son procesos, encaminados a la construcción de escenarios futuros para el mejoramiento de la calidad de vida social y clasifica en dos:

- **Planificación estratégico situacional:** es cuando se planea para una situación específicas, con unas acciones concretas para lograr los objetivos y dar solución a una situación concreta.
- **Planeación participativa:** es cuando se planea un trabajo en conjunto con el propósito de alcanzar metas comunes y poder

participar en procesos que llevan al beneficio de la comunidad en general.

### **1.2.3. Programa de promoción de una cultura preventiva.**

Según, Dirección General de Promoción de la Salud. (2007), consiste en capacitar a las personas para que ejerzan un mayor control sobre los determinantes de su salud para evitar o disminuir riesgos y daños.

- **Promoción de la salud.**

Consiste en capacitar para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar la calidad de vida. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, acontecimientos las no transmisibles y otras amenazas para la salud.

- **Prevención de la salud.**

La prevención de enfermedades y acontecimientos es el conjunto de medidas adoptadas para evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud.

- ✓ La Prevención **primaria**. Busca evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad.
- ✓ La Prevención **secundaria**. Tiene como objetivo detectar tempranamente y otorgar tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente.
- ✓ La Prevención **terciaria**. Es el conjunto de medidas que se toman para reducir las limitaciones físicas o mentales

producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio.

#### **1.2.4. Cultura preventiva.**

Según OPS (2013). La cultura preventiva es un componente más de la cultura preventiva organizativa que alude a las actitudes, competencias y patrones de comportamiento individual y de grupo que afectan e influyen sobre la salud y seguridad en el, trabajo y consecuentemente sobre la prevención. Las observaciones preventivas de seguridad contribuyen a la homogeneización de actitudes y comportamientos “seguros” a través de la identificación de prácticas seguras e inseguras, su corrección y su comunicación al conjunto ayuda a mejorar la actitud de cada persona adquirir una buena cultura preventiva durante el transcurso.

#### **1.2.5. Programas dirigidos a la población general.**

Están localizados en los principales ámbitos donde se desarrolla la educación para la salud: familia, escuela, centros de trabajo, centros de asistencia primaria y hospitales.

Los programas pueden estar diseñados para la población general en su conjunto, o bien para colectivos específicos que forman parte de esta población, como por ejemplo niños, mujeres, adolescentes y personas mayores.

#### **1.2.6. Estrategias del programa de promoción para una cultura preventiva.**

Según, Córdova José Á. (2007), Esta estrategia encaminará nuestros esfuerzos para otorgar un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención a todas las personas y a todas las familias.

a. **Talleres.** Es una modalidad de enseñanza- aprendizaje, caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que las familias realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante. Bajo el enfoque actual de competencias, es considerado superior a los cursos puramente teóricos, ya que el taller presenta el ambiente idóneo para el vínculo entre la conceptualización y la implementación, en donde el instructor permite la autonomía de los integrantes de la familia bajo una continua supervisión y oportuna retroalimentación.

b. **Sesiones demostrativos.** Es una actividad educativa que permite aprender haciendo. En esta, los participantes aprenden a dar la solución en casos de intoxicaciones, hemorragias, heridas, quemaduras, y asfixias respiratorias, y adquieren y ejercitan conocimientos y actitudes fundamentales a lo largo del proceso de capacitación en cuanto a calidad, consistencia y variedad de los sucesos.

Una Sesión Demostrativa es, básicamente, una clase práctica sobre sucesos inesperados que pueden presentarse en niños, mujeres, adolescentes o personas adultas de nuestra región.

Estas sesiones pueden realizarse en un establecimiento de salud, municipios, instituciones educativas o en casa; siempre y cuando cuente con las condiciones necesarias. Consiste en reunir a un grupo familiar, quienes aprenderán con la ayuda del investigador, a actuar frente a situaciones inesperadas y la ayuda social.

#### **1.2.7. Simulacros en manejo de accidentes domésticos.**

Son ensayos o prácticas de cómo se actuaría en caso de un accidente provocada por algunos riesgos que presenta la familia tales como: escaleras sin barandas, pisos resbaladizos, cocinas en mal estado, instalaciones eléctricas deficientes o el riesgo de mayor probabilidad que pueda presentarse en su familia, aplicando las acciones preventivas.

El principal objetivo de los simulacros es lograr que la familia practique las acciones previstas para realizar una intervención con óptimo desempeño, de modo que se generen y consoliden los hábitos correctos de respuesta. Los simulacros, son el medio por el cual se revisan las políticas y procedimientos establecidos para los casos de emergencia; con ellos debe probar que lo planeado resulta sencillo y eficiente. Es posible que los simulacros revelen deficiencias, las cuales puede remediarse durante una situación de emergencia simulada, en lugar de tratar de encontrar soluciones durante una emergencia real.

Con el fin de generar la información necesaria para la realización de un simulacro, los responsables de su diseño y planeación determinarán el tipo de riesgo al que están expuestas las familias.

Pasos a seguir.

- Imagine alguna situación de emergencia probable en su casa (electrocución, atragantamiento, quemaduras, caídas etc.).
- Interrumpa inmediatamente cualquier actividad que estén realizando.
- Durante el accidente no desesperarse ni gritar.
- Verifique que el accidentado este consciente o inconsciente.
- Realice los primeros auxilios.
- Analice y discuta cada uno de los puntos incorrectos, para corregirlos.
- Deben participar todos los integrantes de la familia.

#### **1.2.8. Emergencia.**

Según, diccionario de la Real Academia Española (2006), Etimológicamente “*emergency*” significa situación peligrosa que sobreviene de repente y que amenaza la vida o el bienestar de una persona o grupo de personas, como un desastre natural, crisis médica o situación traumática.

Manual CTO (2013). Define que es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la

muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

#### **1.2.9. Emergencia doméstica.**

Según Cruz, E. (revista REMT-P 2012). Es la necesidad o falta de ayuda médica para una condición que sobreviene sin previo aviso, en la cual se ve amenazada la vida o salud inmediata causando la muerte de no ser asistida. Ejemplos de ellos serían: dificultad respiratoria marcada con inhabilidad para realizar tareas, heridas, caídas mayores a 3 veces la altura de la persona, intoxicaciones, quemaduras, entre otras. Este mismo autor afirma, que cualquier incidente, en el hogar, que provoque lesiones físicas a los integrantes de la familia. Para intervenir en una emergencia médica hay que estar formado en materia de primeros auxilios.

#### **1.2.10. Riesgos domiciliarios.**

Es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las familias. Cuanto mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo, pero cuanto más factible es el perjuicio o daño, mayor es el peligro. También podemos decir que es la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento.

**a. Escaleras sin barandas.-** Las escaleras sin barandas son origen de un gran número de accidentes domésticos, principalmente caídas a distinto nivel en ancianos y niños, representando aproximadamente el 5 % del total de accidentes.

Las barandillas y pasamanos de las escaleras son necesarias por diferentes razones. Las barandillas protegen a los peatones de caer se del borde de las escaleras o de los descansos mientras suben o bajan las escaleras.

**b. Iluminación inadecuada en el hogar.-** podemos considerar que la falta de iluminación puede ser la culpable de accidentes que tengan como consecuencia la inhabilitación de un miembro de la familia.

Un punto importante es que como responsable de la salud, debemos de saber que una iluminación defectuosa acarrea malestares físicos inmediatos a la familia como: vista cansada, daño muscular y lesiones en el cuerpo. Pero además del daño físico, genera daño emocional que se manifiesta en forma de estrés, genera también daños económicos que se presentan en forma de re trabajo. En fin, debemos considerar a la iluminación como un ente necesario y obligatorio de estudio para todas las actividades que se realiza.

**c. Cables inadecuadamente instalados y tomacorrientes sin protección.** Los riesgos representados por la electricidad son de diversos tipos y de lo más peligroso que existe, ya que pueden dar lugar a accidentes muy graves. Accidentes directamente sufridos por personas, uno de los riesgos mayores es que la persona pueda

recibir una descarga por uno de los polos, esta descarga tendrá diferente magnitud de daños según la reciba de forma directa o no, si está húmedo y según el tiempo en el que esté enganchado. Lo que es necesario es retirar a la persona lo antes posible, para evitar que llegue a los órganos vitales y tenga riesgo de muerte. Si la descarga se produce por un aparato, es menor que si se hace de forma directa con la instalación. En el caso de que la instalación ya esté creada, no la modifiques sin la supervisión de un experto y tampoco intentes hacer si algo no funciona algo, llama siempre a un electricista.

**d. Inadecuado almacenamiento de productos químicos:** La inadecuada utilización y almacenamiento de productos químicos se ha extendido a prácticas en todas las ramas de actividad, de modo que existen ciertos riesgos en numerosos lugares de trabajo y en el hogar. Hoy en día todavía no se conoce con exactitud el posible efecto que muchos productos pueden llegar a producir sobre el medio ambiente y/o sobre la salud de las personas. A pesar de sus múltiples aplicaciones, el enorme mercado de productos químicos y la creciente globalización es necesario crear medidas de seguridad.

La forma material de un producto químico puede influir en cómo penetrar en el organismo y en alguna medida, en el daño que provoca. Las principales formas materiales de los productos químicos son sólidos, polvos, líquidos, vapores y gases. Para un

control efectivo de los riesgos químicos en el lugar, se requiere contar con un adecuado flujo de información sobre sus peligros y las medidas de seguridad. A este flujo de información debe sumársele el esfuerzo diario de la empresa para que se adopten y se apliquen las medidas necesarias con el fin de proteger a los integrantes de la familia y su medio ambiente.

#### **1.2.11. Accidentes.**

Se denomina accidente a cualquier suceso motivado por una acción violenta e inesperada generalmente de un factor externo involuntario, que deja como consecuencia una lesión corporal. Esta afección puede incidir en la salud psíquica, en la salud física o por lo menos generar contratiempos a través de problema que requiere una solución en corto, mediano o largo plazo.

En otro ámbito en el que los accidentes suelen acaecer con bastante frecuencia es en el seno del hogar. Allí cabe prestar especial atención con los riesgos domiciliarios que presentan.

#### **1.2.12. Accidentes domésticos.**

Los accidentes domésticos son aquellos que ocurren en el hogar o en sus alrededores (escalones, tanto en la vivienda como en el patio, jardín, garaje, accesos a los pisos, vestíbulos en la escalera, etc.). La vivienda es el lugar habitual de los accidentes de los niños menores de cinco años.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), resalta la importancia de los accidentes domésticos en la siguiente frase: "El automóvil más

veloz, el avión, la montaña más escarpada (son menos peligrosos que la escalera, la cocina o el dormitorio de cualquier vivienda, el tubo de aspirina olvidado por descuido encima de una mesa, el agua hirviendo que se derrama). Causa entre la juventud y la infancia más muertes". Por lo tanto podemos decir, ante una emergencia en accidentes domésticos es importante actuar rápidamente; pero manteniendo la calma para transmitir confianza al accidentado; además, ante una emergencia cuando no dominamos la situación no sabemos cómo proceder, es conveniente no hacer nada de lo que no estemos seguros. Lo mejor es conseguir auxilio médico urgente. Guía completa de primeros auxilios (2009).

#### **1.2.13. Consecuencia de los accidentes.**

Guía completa de primeros auxilios (2009). Los tipos de accidentes son numerosos. Si bien en el hogar procuramos prevenir accidentes tomando resguardos, los niños, adolescentes, adultos entre otros con su permanente inquietud y curiosidad, son protagonistas de situaciones riesgosas. Lo mismo ocurre en la escuela, mientras juegan practican deporte. También en el taller o la fábrica son lugares en los que se deben tomar extremas precauciones, ya que el mal funcionamiento de las máquinas y herramientas, la manipulación de sustancias químicas, los escapes de líquidos y gases nocivos pueden provocar trastornos en la salud.

#### **1.2.14. Clasificación de accidentes domésticos.**

La clasificación de los accidentes domésticos se establece según el agente causal, la mecánica de producción del accidente o la lesión resultante. Como clasificación se ha utilizado los tipos de accidentes más frecuentes.

##### **A. Intoxicaciones, Alergias e Irritaciones.**

Son alteraciones producidas en el organismo por la penetración en el mismo de sustancias tóxicas, dependiendo el riesgo de la dosis y de la toxicidad del producto. Farfán, F. (2013). La penetración de los tóxicos en el organismo puede ser por:

- Medicamentos.
- Productos de limpieza.
- Insecticidas y productos de jardinería.
- Pinturas, disolventes y adhesivos.
- Combustibles (y productos derivados de la combustión).
- Productos de perfumería y cosmética.
- Bebidas alcohólicas.

##### **B. Hemorragias.**

Sin duda, estar frente a una persona accidentada, con un sangrado masivo es una de las situaciones que pondrá a prueba nuestra capacidad para responder y ayudar al accidentado. Se debe mantener la tranquilidad ya que las medidas que vemos son sumamente eficaces mientras que las realicemos correctamente. La sangre se encuentra circulando por el interior de los vasos

sanguíneos (arterias, venas y capilares), que la transportan por todo el cuerpo. Cuando alguno de estos vasos sanguíneos se rompe generalmente luego de un traumatismo ya sea contuso o cortante, la sangre sale de su interior, originándose así una hemorragia que será de mayor gravedad e intensidad de acuerdo al mecanismo de acción y la intensidad del accidente, así como también si afecta directamente vasos arteriales .

Toda pérdida de sangre debe ser controlada cuanto antes, sobre todo si es abundante. En caso de hemorragias el organismo pone en funcionamiento su mecanismo para controlarla, inicialmente genera una vasoconstricción (achicamiento del diámetro del vaso), agregando las plaquetas alrededor del vaso lesionado y formando un coágulo que taponar dicho vaso, impidiendo la salida de sangre. La atención de primeros auxilios contribuye a que este proceso sea efectivo. Esta atención debe ser inmediata porque en pocos minutos la pérdida de sangre puede ser masiva, ocasionando shock y muerte.

### **C. Heridas.**

Según la guía completa de primeros auxilios (2008). Las heridas son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos. Por tejidos blandos entendemos piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros.

Pueden producirse por agentes externos (cuchillos, vidrios, latas, etc.) o agentes internos (huesos fracturado). A su vez encontramos tipos de heridas abiertas, cerradas, simples y complicadas.

#### **D. Caídas.**

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas buscan atención médica o faltan al trabajo o a la escuela. Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

#### **E. Quemaduras.**

Según, Manual CTO (2013). Son traumatismos provocados por agentes físicos externos que pueden ser térmicos, químicos, eléctricos o radioactivos, que destruyen la piel y los tejidos

adyacentes, dependiendo de la profundidad a la que lleguen. Los efectos resultantes están influidos por la intensidad de la energía, la duración de la exposición y el tipo de tejido que se lesione.

Son las lesiones traumáticas producidas por el calor en cualquiera de sus formas, así como por sustancias químicas, causticas o corrosivas. Manual práctico de primeros auxilio (2013), clasifica en lo siguiente:

➤ **Quemaduras de primer grado:** Son provocados por el contacto con líquidos y objetos muy calientes o por la exposición prolongada a los rayos del sol.

Se los denomina también “de primer grado” y dañan la parte más superficial de la piel. Se curan rápidamente y no dejan costras o cicatrices.

➤ **Quemaduras de segundo grado:** se destruyen las células de la epidermis, llegando hasta la dermis. De vasos capilares de esta capa fluye abundante líquido plasmático que forma ampollas y vesículas. Cuando estas se rompen se rompen, dejan al descubierto unas papilas de color rojo, que producen dolor intenso y muy doloroso cuando se les presiona.

➤ **Quemaduras de tercer grado:** cuando se producen este tipo de lesiones, la destrucción de los tejidos abarca todas las capas de la piel y llega, en algunos casos al tejido muscular.

## **F. Electrocuci3n.**

En las viviendas existe un riesgo general de electrocuci3n. Una persona puede electrocutarse f3cilmente ya que las tensiones que alimentan los aparatos electrodom3sticos (220 3 125 voltios) son peligrosas. En caso de aplicarse por accidente a una persona puede producir desde el conocido "calambrazo" hasta la muerte por paro card3aco. El peligro que entraña un contacto el3ctrico se hace mucho mayor cuando la persona est3 en ambiente mojado o descalza sobre el suelo.

## **G. Asfixia respiratoria.**

La asfixia, fallo de la respiraci3n pulmonar, se explica por una falta de ox3geno en el aire o por la imposibilidad de que 3ste llegue a los pulmones. El ox3geno del aire no puede llegar a los pulmones cuando las v3as respiratorias queden obstruidas. La obstrucci3n de las v3as respiratorias puede ser externa o interna.

- **Obstrucci3n externa:** Se denomina sofocaci3n y consiste en el taponamiento de la nariz y la boca, o en la imposibilidad de mover la caja tor3cica. Si la sofocaci3n se produce por una compresi3n externa a trav3s del cuello, se trata del estrangulamiento y la ahorcadura.
- **Obstrucci3n interna:** Puede ser por objetos s3lidos o por l3quidos.
  - ✓ **S3lidos:** Proceden del exterior de forma accidental. O bien alimentos que se atragantan.

- ✓ **Líquidos:** Por vómitos; o bien, si el líquido procede del exterior, por inmersión de la cabeza en el agua: asfixia por ahogamiento.

#### **1.2.15. Primeros auxilios.**

En el contexto de la prevención de riesgos laborales, podemos decir que los primeros auxilios son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas antes de ser trasladadas, de forma segura, desde el área de trabajo a un centro asistencial.

La actuación en estas emergencias no conviene que sea improvisada, por eso, el objetivo de esta guía es proporcionar unas recomendaciones aunque, todo trabajador debería recibir una formación básica presencial en esta materia para poder actuar en caso necesario.

#### **1.2.16. Botiquín.**

Se denomina botiquín a un elemento destinado a contener los medicamentos y utensilios indispensables para brindar los primeros auxilios para tratar dolencias comunes. La disponibilidad de un botiquín suele ser prescriptiva en áreas de trabajo para el auxilio de accidentados. Generalmente se dispone dentro de una caja u otro adminículo capaz de ser transportado pero también se aplica el término a una instalación fija ubicada en un área de atención a la salud. EL botiquín de primeros auxilios es un recurso básico para las personas

que prestan un primer auxilio, ya que en el se encuentran los lamentos indispensables para atender a las víctimas de una accidentes o enfermedad repentina, y en muchos casos son decisivos para salvar vidas. Su contenido puede cambiar de forma constante, de acuerdo a los materiales y/o medicinas que se adquieran. Para poder preparar un botiquín de primeros auxilios, es necesario seguir estas recomendaciones.

#### **Material de curación**

- Vendas adhesivas (curitas).
- Esparadrapos hipo alérgicos.
- Gasa estéril.
- Algodón.
- Jabón bactericida para lavar heridas (yodopovidona).
- Guantes de látex.
- Mascarillas (tapa bocas).
- Baja lenguas.
- Vendas elásticas (de todos los tamaños).
- Apósitos estériles /(varios tamaños).
- Alcohol.
- Agua oxigenada.
- Suero: cloruro de sodio y glucosa de un litro.

#### **1.2.17. Niño pre escolar**

El preescolar es el niño con edad comprendida de los dos a los seis años de vida extrauterina, crece en medio de una gran ampliación del

número de personas con las que interactúa; se caracteriza por tener una velocidad de crecimiento menor que la del lactante y por un gran desarrollo en todos los aspectos, que poco a poco la capacidad (le da el aprestamiento) para afrontar la vida como escolar.

El desarrollo del niño de los dos a los seis años de edad se caracteriza por la adquisición de mayores habilidades corporales, el paso de un egocentrismo total de una forma práctica de actuar, la adquisición del control de los esfínteres y la distinción de género, la consolidación de su autonomía y el desarrollo de una gran iniciativa para hacer las cosas, lo que significa un avance significativo en la construcción de la creatividad.

Es una época con la que se da una lucha entre la obtención de independencia y autonomía y la demanda de atención y cuidado por parte de los adultos. Se caracteriza por grandes adquisiciones en el lenguaje y en la socialización.

La etapa preescolar se conoce también como niñez temprana y puede empezar desde los dos años y medio y prolongarse hasta los siete. Aunque los cambios no son tan drásticos como en las etapas anteriores, se dan cambios importantes que les ayudan a adaptarse físicamente, a tener una mayor competencia cognoscitiva y una relación social más compleja. El ingreso en la vida preescolar marca la experiencia personal y el desarrollo de los niños de entre tres y siete años. A partir de los tres años, el niño sale, casi por primera vez, del entorno doméstico y familiar para iniciar su etapa preescolar. Para

afrontar este importante cambio necesita tomar conciencia de sí mismo; esto le dará seguridad y una gran autoestima para enfrentarse a este nuevo desafío, tanto social como intelectual. En esta etapa pueden contemplarse diversas áreas de desarrollo las cuales van generando una gran cantidad de habilidades y destrezas que se irán desarrollando a medida que los niños van creciendo. Entre ellas podemos mencionar:

1. Área de Desarrollo Físico: Comprendería los aspectos relacionados a la forma y configuración corporal y estado de salud del niño.
2. Área del Desarrollo Cognoscitivo: Los conocimientos de las propiedades lógicos- matemáticos, espacio temporal y la capacidad de entender y expresar.
3. Área Desarrollo Socio Emocional: Las conductas relacionadas con el desarrollo las expresiones y respuesta a afectivas.
4. Área Desarrollo Moral: La capacidad de razonamiento frente a situaciones.
5. Área Desarrollo de Lenguaje: Comprendería la articulación, fonación, lenguaje comprensivo y en proceso de escritura y lectura.

### 1.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

**Programas.** Es un conjunto organizado de políticas, procedimientos y actividades diseñado para proteger y promover la salud.

**Emergencia.** Son situación peligrosa que sobreviene de repente y que amenaza la vida o el bienestar de una persona o grupo de personas

**Emergencias domésticos.** Es la necesidad o falta de ayuda médica para una condición que sobreviene sin previo aviso, en la cual se ve amenazada la vida o salud inmediata causando la muerte de no ser asistida.

**Talleres.** Es una actividad educativa que permite aprender haciendo. En esta, las/os participantes aprenden a dar las soluciones.

**Capacitación.** Es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.

**Intoxicación.** Son alteraciones producidas en el organismo por la penetración en el mismo de sustancias tóxicas, dependiendo el riesgo de la dosis y de la toxicidad del producto.

**Heridas.** Son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos. Por tejidos blandos entendemos piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros.

**Quemaduras.** Son las lesiones traumáticas producidas por el calor en cualquiera de sus formas, así como por sustancias químicas, causticas o corrosivas.

**Asfixias.** Suspensión de la respiración y las funciones vitales a ella anejas de una persona, un animal o una planta por falta de oxígeno o por otras causas.

**Familias.** Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen.

**Primeros auxilios.** Es el cuidado inmediato proporcionado a un herido o a una persona enferma antes del tratamiento administrado por personal médico.

**CAPITULO II**  
**MATERIALES Y METODOS**

## 2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cuantitativa, aplicada; cuyo propósito fue dar solución a situaciones o problemas concretos e identificables, parte del conocimiento generado por la investigación básica.

## 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Prospectivo: Se diseña y comienza a realizarse en el presente y los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo, en el futuro.

Longitudinal: Porque los datos e información son recolectados en diversos momentos, permitiendo el seguimiento de familias participantes a través del tiempo.

Pre experimental: pre prueba/pos prueba con un solo grupo; porque considera dos mediciones de la variable dependiente antes y después de la presencia de la variable independiente.

**G    O<sub>1</sub>   X    O<sub>2</sub>**

Dónde:

G= Grupo de estudio: Familias de niños pre escolares.

O<sub>1</sub>=Prueba previa: Evaluación de riesgo y manejo de accidentes.

X= Estimulo o tratamiento: Programa “ALLIN KAUSAY”.

O<sub>2</sub>= Prueba posterior al estímulo: Evaluación de riesgo y manejo de accidentes.

## 2.3. ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la zona urbana del Distrito de Quinua, Se encuentra ubicado a 34 Km al Nor - Este de la ciudad de Ayacucho.

## **2.4. POBLACIÓN**

Está constituido por una población censal.

## **2.5. MUESTRA**

La muestra fue constituida por 10 familias de la población censal con niños pre-escolares.

## **2.6. CRITERIOS DE INCLUSION**

Familias con niños en edad pre escolar que deseen participar en el estudio.

## **2.7. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Familias con niños en edad pre escolar que no deseen participar en el estudio.
- Familias que no tengan hijos en edad pre escolar.

## **2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó la lista de cotejo y la ficha de evaluación, con el propósito de obtener datos de fuentes directas, los instrumentos fueron aplicados antes y después de la aplicación del programa.

## **2.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN**

A través de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, se solicitó la autorización correspondiente a la Municipalidad Distrital de Quinua que nos permitió establecer la relación con las familias para obtener la información y la aplicación del Programa utilizándose la guía de observación (lista de cotejo), revisión documental y la ficha de

evaluación de manejo de accidentes domésticos a través de simulacros permanentes durante la ejecución de la investigación.

## **2.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

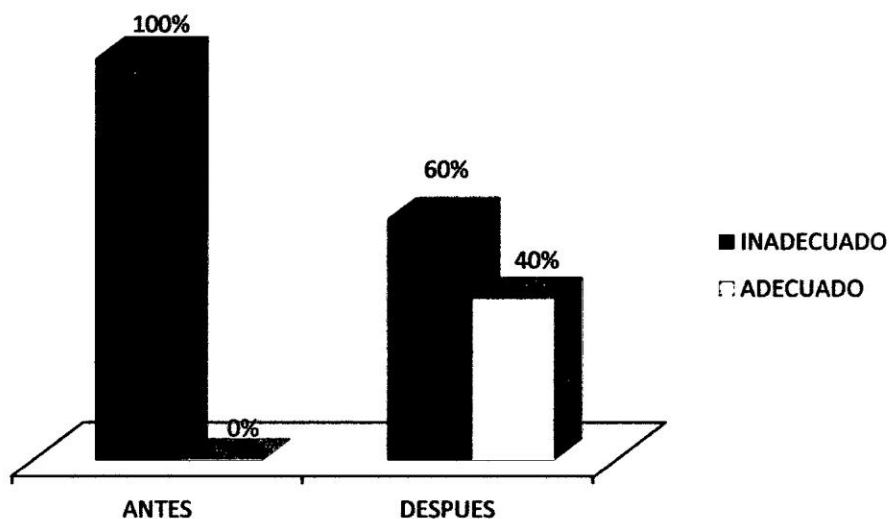
Los resultados de las evaluaciones antes y después de la aplicación del Programa fueron procesados utilizando el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 20. Los datos son presentados en tablas estadísticas simples y compuestas, así como en gráficos para una mejor interpretación. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba de t de student que es una prueba paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas; la que nos permitió comparar dos mediciones de puntuaciones (antes y después), permitiendo identificar que las diferencias sean estadísticamente significativa.

185265

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**GRAFICO N° 01**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



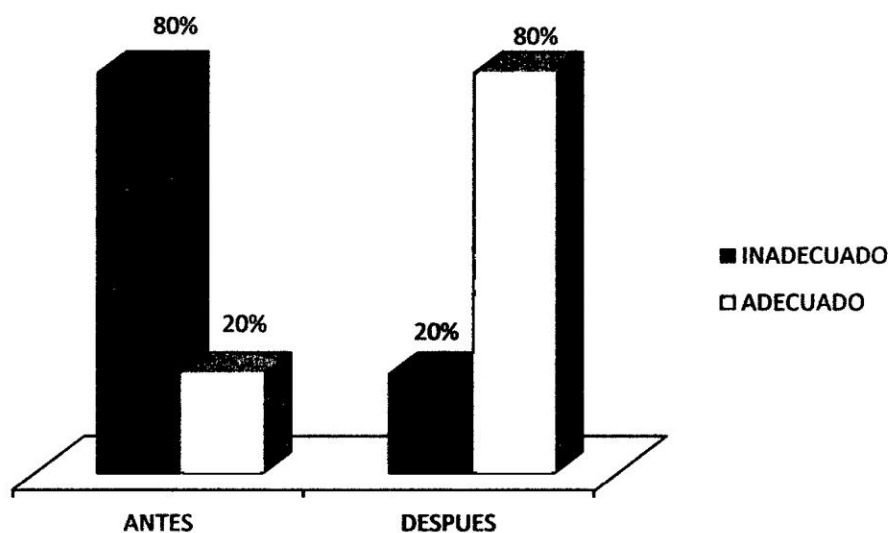
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 01 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo osteomusculares , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 100% promovían practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a caídas producto de los factores de riesgo como: pisos con desnivel, pisos húmedos, escaleras sin barandas, altura inadecuada de las barandas, peldaños con alturas inadecuadas y con ambientes no iluminadas; luego de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” el 40% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares y aun el 60% muestran o promovieron cambios no significativas.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa “**ALLIN KAUSAY**” fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

**GRAFICO N° 02**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO DERMICOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



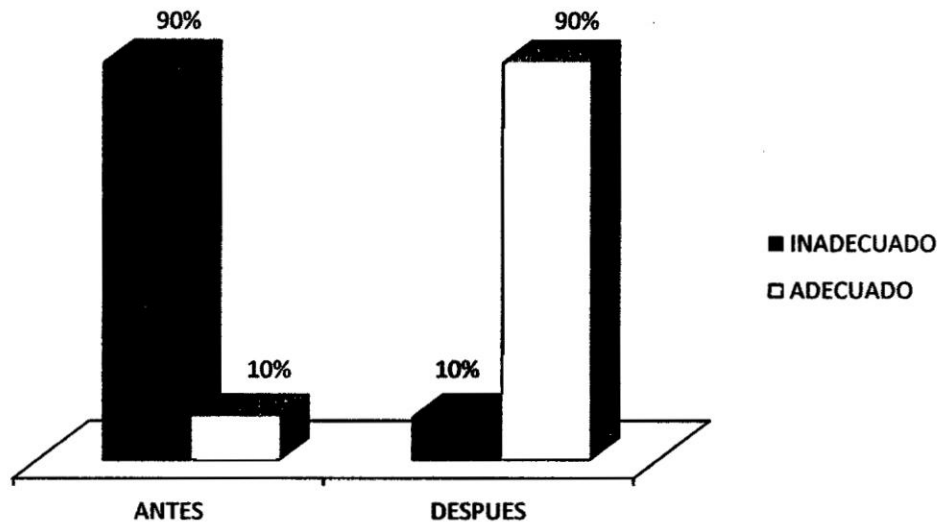
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 02 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo dérmico , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” el 20% promovían practicas adecuadas y el 80% realizaban practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a quemaduras producto de los factores de riesgo como: altura inadecuada de la cocina, uso de recipientes sin asas o mangos, inadecuada ubicación de objetos calientes, instalaciones defectuosas, cables pelados, inadecuada protección de los agujeros del interruptor, etc. Luego de la aplicación del programa el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos dérmico y aun el 20% muestran o promovieron cambios no significativos.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa “**ALLIN KAUSAY**” fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

**GRAFICO 03**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIO  
RESPIRATORIO EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y  
DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”.  
DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

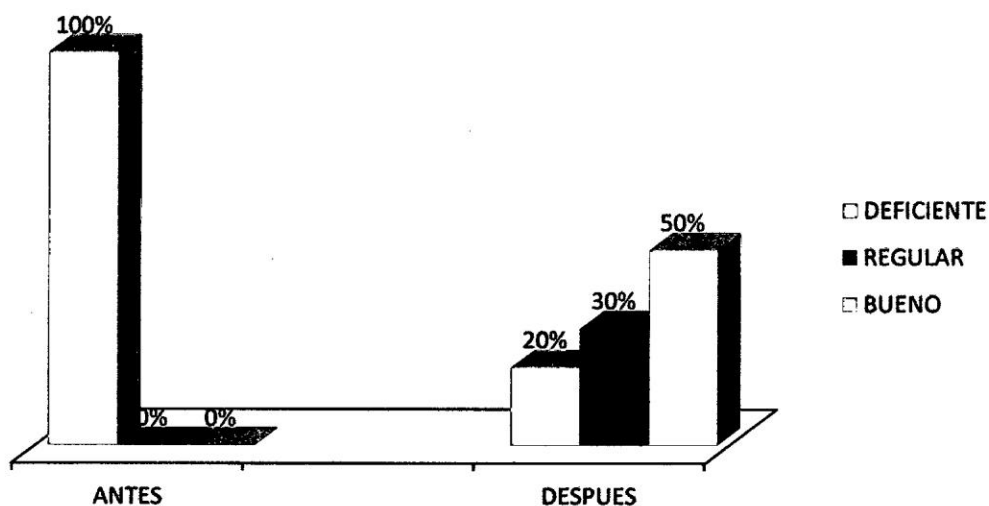
Según el gráfico N° 03 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo cardiorrespiratorio , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” el 10% promovían practicas adecuadas y el 90% promueve practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a atragantamientos, asfixia e intoxicación producto de los factores de riesgo como: inadecuada almacenamiento de objetos de menor tamaño(botones, alfileres, canicas), inadecuado almacenamiento de los medicamentos, inadecuado almacenamiento de insecticidas y productos tóxicos, etc.; luego de la aplicación del programa el 90% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos cardiorrespiratorios y aun el 10% muestran o promovieron cambios no

significativas.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa “**ALLIN KAUSAY**” fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

**GRAFICO N° 04**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS SOBRE PROBLEMAS OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”.  
DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 04 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares (fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomusculares, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa “ALLYN KAUSAY” fue efectivo antes y después de aplicación del programa. ( $p < 0.05$ ).

**GRAFICO N° 05**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN PROBLEMAS DÉRMICOS  
EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA  
APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE  
QUINUA, AYACUCHO-2015**



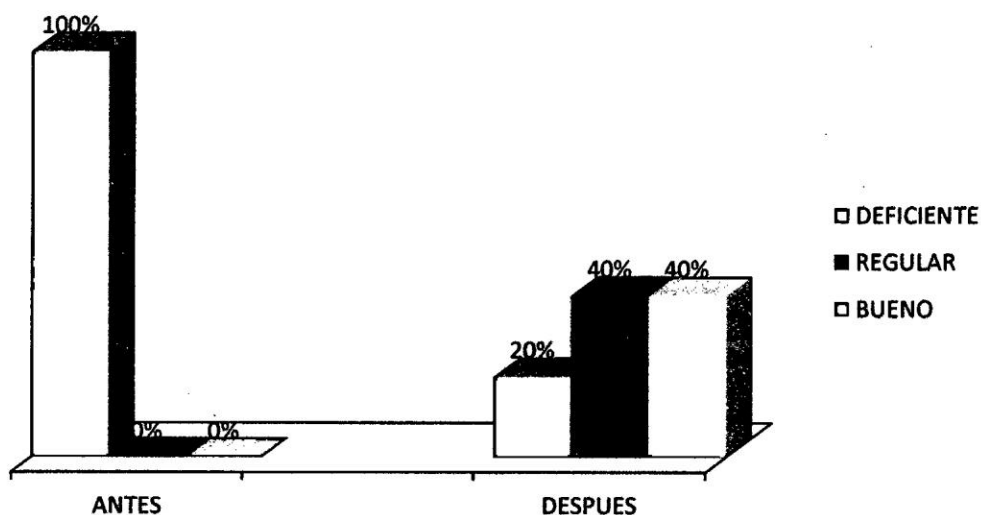
Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 05 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas dérmicos (quemaduras y electrocución), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” hubo cambios notables como: el 60% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos dérmicos, el 20% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa “ALLYN KAUSAY” fue efectivo después de la aplicación del programa. ( $p < 0.05$ )

**GRAFICO N° 06**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN PROBLEMAS  
CARDIORRESPIRATORIOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES,  
ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN  
KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



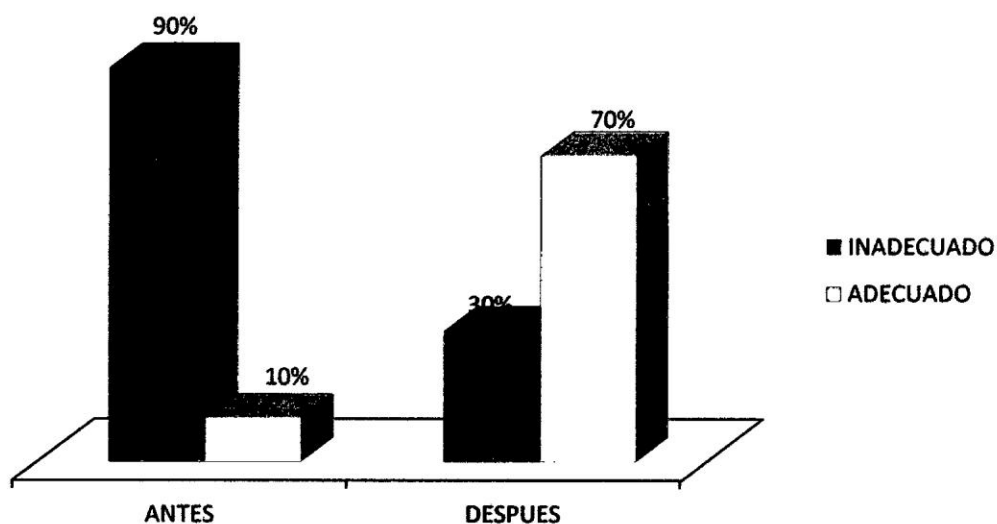
Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 06 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” hubo cambios notables como: el 40% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos cardiorrespiratorio, el 40% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa “ALLYN KAUSAY” fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ )

## GRAFICO N° 07

### EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY” EN PREVENCIÓN DE RIESGOS DOMICILIARIOS EN LA POBLACION PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.

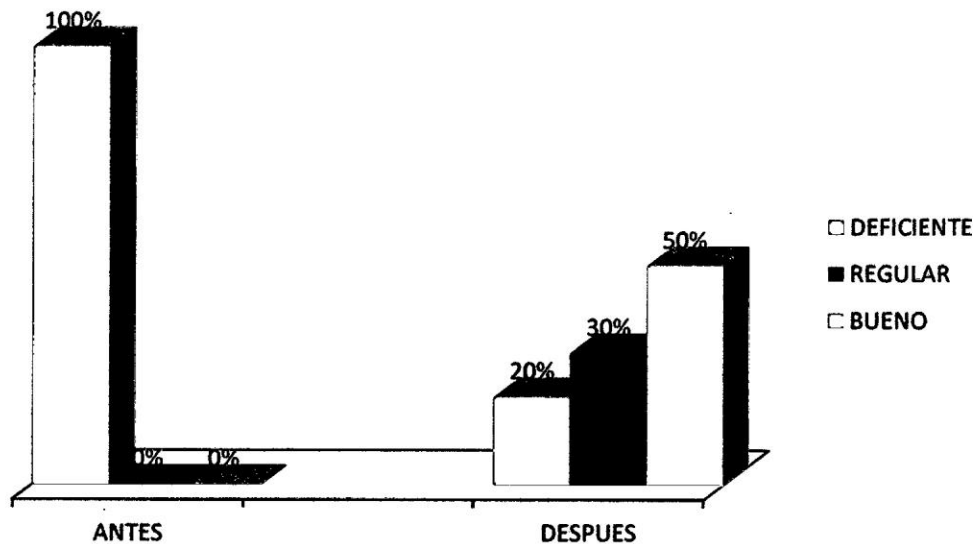


Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 07 en relación a las prácticas sobre prevención de riesgo osteomuscular, dérmico y cardiorrespiratorio, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promovían prácticas adecuadas y el 90% promueve prácticas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas, quemaduras, electrocución, atragantamientos, asfixia e intoxicación; producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas.

La prueba de t de student permite verificar estadísticamente que el programa "ALLYN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

**GRAFICO N° 08**  
**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”**  
**EN EL MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN LA POBLACION**  
**PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**



Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 08 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares(fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y electrocución) cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa “ALLIN KAUSAY” hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomusculares, dérmicos, cardiorrespiratorio, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student permite comprobar estadísticamente que el programa “ALLIN KAUSAY” fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

**CAPITULO IV**  
**DISCUSION**

La Organización Mundial de Salud<sup>3</sup>. Las lesiones no intencionales son una de las causas de muerte exógena y por tanto, vulnerables a las actuaciones preventivas de las políticas de salud; no obstante, el éxito en su control está lejos de lograrse y aún parece que es un mal inherente al desarrollo y la tecnificación y constituyen la primera causa de muerte para las edades entre 1 y 19 años. Después de la etapa de recién nacido y de lactante, el niño de 1 a 4 años es el más susceptible a los cambios desfavorables del medioambiente; Incluso se plantea que cuando las tasas de mortalidad infantil de niños menores de 1 año en un país están muy bajas, como las de Cuba, la mortalidad de los niños de 1 a 4 años es un mejor indicador del nivel de desarrollo alcanzado por dicho país y de la relación entre medioambiente y salud.

Cordova y Day<sup>6</sup>. En su estudio menciona que en los accidentes se destacan tres elementos básicos: sujeto susceptible, medioambiente físico y humano favorable y agentes que lo provocan. Los accidentes con desenlace mortal frecuentemente son: accidentes de tráfico, ya sea como consecuencia de atropellos o de colisión, asfixias, bajo el agua o producida por objetos diversos (por tragar elementos pequeños, bolsas de plástico, cordones en el cuello) caídas, particularmente desde ventanas o terrazas desprotegidas, así como desde los árboles (40 % de frecuencia), intoxicaciones, sobre todo de productos de uso en el hogar (10 % de frecuencia). Las estadísticas también demuestran que es en sus casas donde niños y niñas de hasta 4 años de edad, sufren los accidentes en mayor medida; actualmente los niños crecen rodeados de fuentes de peligro que hace unas décadas no existían

(aparatos eléctricos, automóviles, entre otros) y con frecuencia pasan muchos ratos solos o con escasa vigilancia. Es importante saber que del total de accidentes en la infancia, 54% ocurren en el hogar.

Loja M<sup>7</sup>. En su estudio identifica el desconocimiento de prácticas de prevención de accidentes por parte de los progenitores de los niños preescolares, lo que conlleva a incrementarse el riesgo de accidentes dentro del hogar con resultados funestos, ya sea por caídas, intoxicaciones, tragar elementos pequeños entre otros.

Yones y Rajs<sup>17</sup>. En su estudio da a conocer que al encontrarse algunos productos al alcance de los niños en el propio hogar, en lugares de recreación y en la misma vía pública como el uso de juguetes con piezas pequeñas, fácilmente manipulables por ellos, con riesgo de introducción a fosas nasales, oídos y peor aún, aspiración bronquial, representan mucho peligro. Los productos de limpieza, detergentes, volátiles (keroseno, gasolina, alcohol) son de mucho riesgo para el núcleo familiar, producen quemaduras con secuelas físicas y psicológicas de por vida, si es que no se llega a la muerte, por lo cual dichos productos deben ser almacenados en lugares seguros y fuera del hogar.

Mintegui Raso<sup>16</sup>. Manifiesta que; peculiarmente los preescolares son curiosos, suben rejas, ventanas, escaleras, vierten ollas, abren frascos, beben lo que le parece, inspeccionan su anatomía y los orificios naturales y alojan en ellos cuerpos extraños. Los atraen objetos brillantes como latas, cuchillos, fuego, entre otros.

Jordan y Valdes<sup>17</sup>. En su estudio nos menciona que las necesidades únicas y reales de los niños pueden atenderse mediante los principios básicos que constituyen la base de la mayoría de los programas de prevención de lesiones que se han aplicado satisfactoriamente en todo el mundo. Los mayores avances en la reducción de la carga de lesiones de los niños han tenido lugar en los países que usan una amplia combinación de estrategias, además de promover una cultura de la seguridad y de mostrar un compromiso político firme. Cada una de estas estrategias de amplias miras se ha aplicado en diferentes áreas relacionadas con las lesiones en los niños y se han creado estrategias de prevención específicas, muchas de las cuales han resultado ser eficaces en la reducción de las lesiones o son muy prometedoras.

La Convención sobre los Derechos del Niño, menciona que ha marcado un hito y ha sido ratificada por casi todos los países del mundo, se afirma que todos los niños tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, al abrigo de las lesiones y de la violencia. Se declara además que las instituciones, los servicios y los establecimientos responsables de la atención o la protección de los niños deben ajustarse a las normas establecidas, en particular en los ámbitos de la seguridad y la salud. No resulta fácil proteger estos derechos en todas partes, pero esto puede lograrse mediante medidas concertadas. Los niños están expuestos a peligros y riesgos en el día a día, y en todas partes son vulnerables a los mismos tipos de lesiones. Sin embargo, los entornos físicos, sociales,

culturales, políticos y económicos en los que viven difieren enormemente, por lo que el entorno particular de cada niño es muy importante. Por ello la importancia de que los padres tengan acceso a la información y educación que fortalezca conocimientos y habilidades en la atención de accidentes y urgencias que ocurran dentro del hogar hasta que el niño sea atendido por especialistas; el presente estudio demuestra la efectividad de un programa educativo en el incremento y mejora del conocimiento y practica de abordaje de accidentes en el hogar.

**En el gráfico N° 01.** Mediante la presente investigación, antes de la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que las prácticas sobre prevención de riesgo osteomusculares; el 100% promovían practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a caídas producto de los factores de riesgos existentes como: pisos con desnivel, pisos húmedos, escaleras sin barandas, altura inadecuada de las barandas, peldaños con alturas inadecuadas, ambientes no iluminadas que son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil; después de la aplicación del programa estas cifras se acomodaron de la siguiente manera el 40% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares y aun el 60% muestran cambios no significativos

Al contrastar con el autor Córdova y Day<sup>6</sup> de 184 niños en estudio presentaron accidentes en el hogar, de ellos el 28.9% son de 2 a 3 años; entre los accidentes más comunes son traumas con un 63.6%; de las

cuales la causa más frecuente fue las condiciones inadecuadas del piso con un 38.0%, seguido por las condiciones del mobiliario con un 29.3 %.

Asimismo Loja M<sup>7</sup> Menciona que los niños menores de la casa tienen un riesgo del 55% de sufrir una caída particularmente desde ventanas o terrazas desprotegidas, ocasionándose un golpe en cualquier parte de su cuerpo ya que muchos de ellos son influenciados por los dibujos animados de la televisión y por lo tanto imitan juegos y movimientos peligrosos que atenta contra su integridad física.

Bautista E. Menciona el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que provienen de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de fracturas en 30.8%.

Las familias de zona urbana del distrito quinua presentan mayor riesgos osteomusculares por presentar sus casas por material rustico en lo cual encontramos pisos con superficies inadecuadas, escaleras hechas de maderas ventanas desprotegidas, las cuales son un riesgo de presentar caídas. Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados. Se concluye que el Programa "Allin Kausay" mejora las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares.

**En el grafico 02.** Mediante la presente investigación antes de la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que en relación a las practicas sobre prevención de riesgo dérmico el 20% promovían practicas adecuadas y el 80% realizaban practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a quemaduras producto de los factores de riesgo como: altura inadecuada de

la cocina, uso de recipientes sin asas o mangos, inadecuada ubicación de objetos calientes, instalaciones defectuosas, cables pelados, inadecuada protección de los agujeros del interruptor, etc. Que son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil, después de la aplicación del programa estas cifras se acomodaron de la siguiente manera: el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de riesgo dérmico y aun un 20 % muestran cambios no significativos.

Loja M<sup>7</sup> de 150 niños en estudio presentaron accidentes en el hogar, de ellos los accidentes de mayor riesgo de los niños y niñas fueron por quemaduras en un 41% que ocurrieron en la cocina, estos se dieron sin la presencia de un adulto produciéndolos un daño psicológico y físico para toda su vida.

Minchola A<sup>10</sup>. Menciona que las quemaduras ocupan el segundo lugar y se deben sobre todo al agua caliente y al fuego. El grupo de mayor riesgo son los niños de 1 a 3 años.

Bautista. E<sup>11</sup>. en su estudio encontró que el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que provienen de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de 20.7% de niños que sufrieron quemaduras.

Las condiciones en la que viven las familias en zona urbana del distrito de quinua, presentan mayores riesgos de producir quemaduras y electrocuciones por instalaciones y ubicaciones inadecuadas tanto en la cocina y fluido eléctrico, por tanto los niños pre-escolares presentan mayor probabilidad de sufrir accidentes domésticos. Por tanto los hallazgos

encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

**En el gráfico N° 03.** Mediante la presente investigación ante la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que en relación a las practicas sobre prevención de riesgo cardiorrespiratorio del 100% de la población en estudio, el 10% promovía practicas adecuadas y el 90% promovía practicas inadecuadas, producto de los factores de riesgos existentes como: inadecuada almacenamiento de objetos de menor tamaño (botones, alfileres, canicas), inadecuado almacenamiento de los medicamentos, inadecuado almacenamiento de insecticidas y productos tóxicos, etc. Las cuales son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares; donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil, después de la aplicación del programa esta cifra se acomodaron de la siguiente manera el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgo dérmico y aun el 20% muestran cambios no significativos.

Cuña R<sup>8</sup>. En su estudio encontró que en los accidentes infantiles predominan en el sexo masculino, tanto de forma global como en función de los diferentes tipos de accidente, con la excepción de las intoxicaciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Los accidentes infantiles son más frecuentes en los 2 a 3 primeros años de vida.

Minchola A<sup>19</sup>. Menciona que las intoxicaciones se presentan en tercer lugar y ocurren con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años. La causa principal de intoxicación es por ingestión de kerosene, seguida por la ingestión de lejía y detergentes; las asfixias se deben básicamente a la introducción de objetos extraños en la boca o la nariz, como monedas y papel, y se presentan con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

**En los gráficos N° 04, 05, 06.** Mediante la presente investigación, se ha identificado, antes de la aplicación del programa Allin Kausay, que en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares (fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y electrocución) cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), el 100% de la población en estudio promovían un manejo deficiente en las intervenciones ante accidentes domésticos, después de la aplicación del programa el 50% promovió un manejo bueno, 30% regular y 20% deficiente; en el manejo de accidentes domésticos dérmicos, el 60% promovió un manejo bueno, 20% regular y 20% deficiente; en el manejo de accidentes domésticos cardiorrespiratorios, el 40% promovió un manejo bueno, 40% regular y 20% deficiente.

Cordero. N. y Bejar .J. En su estudio identificó que el 70% tuvieron una actitud desfavorable y el 30% actitud favorable en el manejo de accidentes domésticos. Después de la aplicación del programa el 55% continúan con una actitud favorable y el 45 % con actitud desfavorable en el manejo de

accidentes domésticos; el programa aplicado a las madres tiene un efecto positivo en el incremento del conocimiento sobre prevención y manejo de accidentes domésticos, demostrando el incremento del conocimiento del 10% de conocimiento bueno antes de la aplicación del programa a 60% después de la aplicación del programa.

**En el grafico N° 07.** Mediante la presente investigación se ha identificado que el Programa educativo aplicado es efectivo en la mejora de prácticas preventivas para disminuir y/o evitar los factores de riesgo de morbilidad o mortalidad para el niño pre escolar ya que los resultados muestran que el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas.

Loja M<sup>7</sup>. Menciona que con la utilización del manual de prevención de accidentes domésticos se logró concientizar a los niños y padres que todo tipo de accidentes se puede prevenir siempre y cuando adoptemos las normas de prevención para poder hacer de nuestro hogar un lugar seguro.

Jordan y Valdes<sup>17</sup>. En su estudio nos menciona que los mayores avances en la reducción de la carga de lesiones de los niños han tenido lugar en los países que usan una amplia combinación de estrategias, además de promover una cultura de la seguridad y de mostrar un compromiso político firme. Cada una de estas estrategias de amplias miras se ha aplicado en diferentes áreas relacionadas con las lesiones en los niños y se han creado

estrategias de prevención específicas, muchas de las cuales han resultado ser eficaces en la reducción de las lesiones o son muy prometedoras.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

**En el gráfico N° 08.** Mediante la presente investigación se ha identificado la efectividad del programa educativo utilizado en las prácticas de manejo de accidentes en menores por parte de las familias; es así, que los resultados muestran que del 100% de la población en estudio, el 50% promovieron un buen manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares(fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y electrocución) cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente por tanto el programa permite disminuir las lesiones que son causa principal de muerte y discapacidad en los niños pre escolares.

Loja M<sup>7</sup>. Refiere que los padres participantes han aprendido estrategias que implementadas mejorarán la calidad de vida en el hogar y también la de sus niños menores, este aprendizaje ha sido efectivo.

La Convención sobre los Derechos del Niño; menciona que los entornos físicos, sociales, culturales, políticos y económicos en los que viven difieren enormemente, por lo que el entorno particular de cada niño es muy importante. Por ello la importancia de que los padres tengan acceso a la información, fortalezcan conocimientos y habilidades en la atención de

accidentes y urgencias que ocurran dentro del hogar hasta que el niño sea atendido por especialistas.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados ya que el presente estudio demuestra la efectividad de un programa educativo en el incremento y mejora del conocimiento y práctica de abordaje de accidentes en el hogar.

La forma de condiciones de vida que llevan las familias en el Distrito de Quinua pone en riesgo la integridad de sus miembros, donde los niños pre escolares son los más vulnerables, quienes tienen mayor riesgo a presentar accidentes domésticos que conllevan a la discapacidad y/o muerte; entre las prácticas que conllevan a los riesgos domésticos identificados tenemos: escaleras sin barandas, inadecuada instalación eléctrica en domicilios, superficies inadecuadas, ambientes con poca iluminación, inadecuado almacenamiento de productos químicos y objetos de menor tamaño, que son las causas que conllevan a la alta incidencia de accidentes domésticos pre-escolares, estos riesgos domésticos muchas veces no son considerados como riesgo prioritario para la familia, notándose en un descuido en la prevención de accidentes domésticos; por tanto fue necesario la sensibilización a través de la aplicación de un programa a fin de reducir los mencionados riesgos.

La propuesta de la elaboración de un programa de prevención de riesgos domiciliarios de accidentes domésticos en familias con niños pre escolares se realizó como parte de la tesis, teniendo en cuenta que como profesional

de Enfermería es importante prevenir antes que tener que curar; ya que existe una idea muy extendida de que los accidentes ocurren por casualidad y son inevitables. Los padres deben acostumbrarse a mirar el hogar desde el punto de vista de los niños y así podrán eliminar los peligros por tanto se llegó a priorizar a las familias con niños pre escolares que nos brindan elementos para leer realidades en diferentes contextos de desarrollo es decir, nos posibilitan deslumbrar las estructuras de la aplicación del programa y el manejo de la comunicación en dar soluciones hacia las ocurrencias en un accidente doméstico.

La prueba estadística utilizada (t de student) nos permite comprobar en cuanto a la efectividad del Programa "ALLIN KAUSAY" para mejorar las prácticas en prevención de riesgos de accidentes en pre-escolares del Distrito de Quinua, en las familias, hubo mejora en las prácticas de prevención de riesgos de accidentes ( $t_{(10)}= 9.000$ ,  $p<0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X=0.674$ ) y después ( $X=1.126$ ) del programa aplicado. Por lo que se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectiva en la promoción de una cultura de prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua.

La prueba estadística t de student comprueba en cuanto a la efectividad del Programa "ALLIN KAUSAY" para mejorar el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de Quinua, en las familias, hubo mejora en el manejo de accidentes ( $t_{(10)}= 6.000$ ,  $p<0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X=0.498$ ) y después ( $X=1.102$ ) del

programa aplicado. Por lo que se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectivo en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes por parte de los padres de pre-escolares del Distrito de Quinua.

## CONCLUSIONES

1. El Programa “**ALLIN KAUSAY**” de prevención de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos, es efectivo; es así que el 70% de las familias presentan prácticas adecuadas de prevención riesgos domiciliarios y el 50% tienen buen manejo de los accidentes domésticos en las familias de pre-escolares después de la aplicación del programa.
2. En la prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, antes de la aplicación del programa el 90% de las familias promovían prácticas de prevención de riesgos domiciliarios inadecuadas y solo el 10% realizaba prácticas adecuadas.
3. 100% de familias del Distrito de Quinua promovían un manejo deficiente de accidentes domésticos antes de la aplicación del programa.
4. En la prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, después de la aplicación del programa el 70% de las familias promueven prácticas de prevención de riesgos domiciliarios adecuadas y el 30% mantienen prácticas inadecuadas.
5. 50% de familias del Distrito de Quinua promovían un buen manejo de accidentes domésticos, 30% un manejo regular y el 20% un manejo deficiente después de la aplicación del programa.

## **RECOMENDACIONES**

A la Escuela de Enfermería, incorporar en la curricular educativa respecto a prevención de riesgos de accidentes y primero auxilios.

Al Profesional de Enfermería, sensibilizar a la población en especial a padres y cuidadores de niños menores de edad a identificar los riesgos domiciliarios, utilizando medios de comunicación masiva.

A la familia, promover una cultura preventiva en manejo de riesgos domiciliarios y accidentes domésticos. Implementación de botiquín a fácil acceso en su hogar

Al establecimiento de salud, priorizar acciones preventivo-promocional en programas de riesgo y manejo de accidentes domésticos en el Distrito de Quinua.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Principales indicadores de salud. La Habana: MINSAP, Cuba. 2001.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del MINSAP. Principales causas de muerte de 1–4 años de edad. Cuba. 2004.
3. OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organización Mundial de la Salud, 2012.
4. Bratschi. Colaboradora permanente de UNISDR (Oficina de las Naciones Unidas para la reducción de riesgos de desastres. 2010)
5. MINSA. Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020: Documento técnico (R.M. N° 258-2011/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.
6. Córdova y Day. "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador 2014.
7. Loja M. "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador 2011.
8. Cuña R. (2012). En la investigación titulada: Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León. Epidemiología y análisis cronobiológico de 10933 casos. 2012. Valladolid-España.

9. Villarroel. N. "Programa De Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Universidad Central de Venezuela. 2010.
10. Minchola A. "Accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. 2011.
11. Bautista E. "Accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho" 1998.
12. Hinostroza C. "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" 2011.
13. Cordero. N. y Bejar .J. En la tesis titulada "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento y Actitudes de la Madres de pre-escolares sobre la prevención de accidentes domésticos. Asociación Guamán Poma de Ayala. Ayacucho" 2014.
14. Fernández, B. Material didácticos de apoyo para profesionales sanitarios de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid-España 2001
15. Manual CTO Enfermería. Recomendaciones de RCP del ERC. 2012 5ta edición CTO. Editorial, Madrid. España 2013.
16. Diccionario enciclopédico real academia española. Editorial grupo océano, Barcelona- España 2006.
17. Rodríguez, G. Consideraciones didácticas para la formación de la habilidad "Reanimar" Cienfuegos 2007,

18. Torres y col. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN 2010; 14(3):368. Cuba
19. Yones J, Rajs D. Mortalidad por causas violentas entre adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. En: Maddaleno M, Munist MM. La salud del adolescente y del joven. Washington, DC: OPS: 169–82 (Publicación Científica No. 252).
20. Mintegui Raso S. Epidemiología de las intoxicaciones pediátricas. En: Casado Flores J. Cuadernos de urgencia pediátrica en atención primaria. Madrid: Ediciones Ergon, 2012:14.
21. Jordán Rodríguez JR, Valdés Lazo F. Promoción y prevención de accidentes. La Habana: ECIMED, 2012:151-68.
22. Dueñas Fuentes JR. Cuidados de enfermería en la prevención de accidentes infantiles. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010:65- 75.

# **ANEXO**

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE  
EXPERTO**

**PROYECTO DE TESIS:**

**"EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN  
DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS EN PRE-ESCOLARES.  
DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015."**

**INVESTIGADORES:**

Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin.

Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

**INDICACIONES:**

Señor (a) especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de ficha de cotejo, y ficha de evaluación que adjuntamos al presente, dé a conocer sus observaciones a las preguntas y a los puntajes que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, declarando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**RECOMENDACIONES:**

LA FICHA DE COTEJO DEL PROYECTO DEBE  
SER APLICABLE A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES  
MENORES PRE-ESCOLARES.

Nombres y Apellidos:	JUAN ARTURO ROJAS ORMEÑO	N° de DNI:
Profesión	INGENIERO QUÍMICO - QUILI	21782563
Cargo	JEFE INFRASUSTRUCTURA - DIRESA	

  
Ing. Juan Arturo Rojas Ormeño  
EVALUADOR ISH  
OGDN - MINSA

**FIRMA Y SELLO**

## CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

NOMBRE DEL EXPERTO: JUAN ARTURO ROJAS ORMEÑO  
PROFESION: INGENIERO QUIMICO-CIVIL  
CARGO: JEFE INVESTIGADOR - DIRES

Por medio del presente hago constar que realicé la revisión del instrumento de investigación sobre el tema "EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS EN PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015." elaborado por el Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

Una vez indicado considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Ayacucho 25 de JULIO del 2015

  
Ing. Juan Arturo Rojas Ormeño  
EVALUADOR ISH  
OGDN - MINSA

Nombre: JUAN ARTURO ROJAS ORMEÑO  
DNI: 21782563



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO 2015.

Familia:.....

FICHA DE COTEJO

1.- FACTOR DE RIESGO EN LESIONES OSTEOMUSCULARES A CAÍDAS

A. CAÍDAS

Piso	Húmedo		Superficie plana		Limpios		Transitables		Orden en los pasillos		Puntaje
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
Tierra											
Cemento/ Loseta											

Puntaje: <3 inadecuado >3 adecuado

Escaleras	Barandas		Altura de las barandas		Seguras		Alturas de los Peldaños		Puntaje
	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Si	No	Adecuada	Inadecuada	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

Ambientes	Oscuros		Luz deslumbrante		Interruptores a una altura adecuada y accesibles		Puntaje
	Si	No	Si	no	Si	no	
Valor	0	1	1	0	1	0	

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

Puntaje total de caídas: <9 inadecuado.

>9 adecuado.

*Juan Arturo Rojas Ormeño*  
 Ing. Juan Arturo Rojas Ormeño  
 EVALUADOR ISH  
 OGDN - MINSA

## 2. FACTOR DE RIESGO EN LESIONES DÉRMICAS

### A. QUEMADURAS

Cocina	Mantienen a una altura adecuada		Utilizan * recipientes previstos de asas y mangos		Sitúan objetos calientes o con llamas vivas fuera del alcance de los niños		Mantienen alejados a los niños de la cocina y zona de planchar		Puntaje
	si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	
Fogón									
Cocina a gas									

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

### B. ELECTROCUCIÓN

Instalaciones	Poseen cables pelados		Instalaciones defectuosas		Tienen conectados varios cables instalados en un solo interruptor.		Protegen los agujeros del interruptor para evitar que los niños introduzcan alambres, tijeras, clavos, etc.		Los interruptores están instalados a una altura adecuada		Puntaje
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <3 inadecuado >3 adecuado

## 3. FACTOR DE RIESGO EN LESIONES CARDIORRESPIRATORIAS

### A. ATRAGANTAMIENTO, ASFIXIAS, AHOGAMIENTO E INTOXICACIONES

Protección	Guardan objetos de menor tamaño (botones, alfileres, canicas)		Guardan las bolsas de plástico y no permiten que los niños jueguen con ellos.		Mantienen los recipientes con agua con sus tapas		Almacenan correctamente los medicamentos		Guardan correctamente los insecticidas		Etiquetan debidamente y también lo mantienen en sus envases originales		Puntaje
	si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <4 inadecuado >4 adecuado.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores, Chávez M. Quispe R. Ayacucho 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA



EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO 2015.

Familia:.....

FICHA DE EVALUACION SOBRE EL MANEJO DE INTERVENCIÓN ANTE ACCIDENTES

LESIONES OSTEOMUSCULARES:

FRACTURAS, LUXACIONES

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	No levanta a la persona inmediatamente.	
2.	Usa hielo o compresas frías en caso de hematoma para calmar el dolor y reducir la inflamación.	
3.	Revisa si presenta un esguince o luxación o fractura. Inmovilizar el miembro afectado con una férula.	
4.	Inmoviliza el miembro afectado con una férula.	
5.	No se cómo actuar, es mejor no hacer nada y acudo a los servicios de emergencia.	
	Total	

HERIDAS

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Antes de curar una herida, lávate bien las manos con agua y jabón.	
2.	Lava la herida en agua a chorro y mantener la tranquilidad.	
3.	Evalúa e identifica que tipo de herida y el material.	
4.	Comprime con una gasa estéril o cualquier paño limpia.	
5.	Cubre la herida.	
	Total	

HEMORRAGIAS EXTERNAS:

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Acostamos a la persona accidentada para evitar que se desmaye, tratando de elevar la parte afectada.	
2.	Oprimimos firmemente la herida utilizando con una tela o venda o la mano.	
3.	Mantenemos la presión hasta que pare el sangrado.	
4.	Si el vendaje se empapa de sangre, colocamos uno nuevo sobre el anterior y seguir presionando.	
5.	Llevar al accidentado al establecimiento más cercano.	
	Total	

  
Ing. Juan Arturo Rojas Ormeño  
EVALUADOR ISH  
OGDN - MINSA

**LESIONES DERMICOS:****QUEMADURAS**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	No quita la ropa adherida a la zona afectada.	*
2.	Enfriamos la parte afectada para aliviar el dolor con compresas frías o sumergiéndolas directamente en agua	
3.	Cubre la zona afectada con telas o apósito limpios y húmedos.	
4.	No aplica pomada, ungüento ni otros productos.	
5.	Humedece los labios.	
	Total	

**ELECTROCUCION:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Desconecta la fuente de descarga antes de tocar al accidentado.	
2.	Separamos a la persona con ayuda de un palo de la fuente de corriente	
3.	Colocamos boca arriba con la cabeza levantada en alto.	
4.	Le hacemos fricciones con energía, refrescamos su cara y le damos de oler amoníaco o vinagre.	
5.	Cubrir a la persona accidentada y llévalo al centro de salud más cercano.	
	Total	

**LESIONES CARDIORRESPIRATORIOS:****ATRAGANTAMIENTO:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Levantamos a la persona por detrás, rodeándola con nuestros brazos, de manera que quede con los brazos y la cabeza colgando.	
2.	Colocamos un puño en la cintura y lo sujetamos con la otra mano en la línea media, entre el ombligo y la cola del esternón.	
3.	Presiona fuertemente la boca del estómago hacia dentro y hacia arriba. Luego soltamos.	
4.	Colocamos en posición lateral de seguridad.	
5.	Limpiamos la boca, controlamos el pulso y la respiración.	
	Total	

**INTOXICACION:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Provocamos el vómito para evacuar el estómago de la persona afectada.	
2.	Brindamos bebida como agua caliente o una bebida cola con 2 o 3 cucharaditas de sal.	
3.	Observamos los ojos para ver cómo están las pupilas.	
4.	Colocamos en posición lateral de seguridad.	
5.	Se requiere atención médica urgente.	
	Total	

Fuente: Elaboración propia de los investigadores, Chávez M. y Quispe R. Ayacucho 2015.

**LEYENDA****PUNTAJE ESPECÍFICO:**

Deficiente: 0-2 pts.

Regular: 3 pts.

Bueno: 4-5 pts.

**PUNTAJE GLOBAL:**

Deficiente: 0-11 pts.

Regular: 12 -23 pts.

Bueno: 24 -35 pts.

  
Ing. Juan Arturo Rojas Ormeño  
EVALUADOR ISH  
OGDN - MINSA

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE  
EXPERTO**

**PROYECTO DE TESIS:**

**“EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY” DE PROMOCIÓN  
DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS EN PRE-ESCOLARES.  
DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.”**

**INVESTIGADORES:**

Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin.

Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

**INDICACIONES:**

Señor (a) especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de ficha de cotejo, y ficha de evaluación que adjuntamos al presente, dé a conocer sus observaciones a las preguntas y a los puntajes que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, declarando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**RECOMENDACIONES:**

*Al observar el instrumento de ficha de cotejo y ficha de evaluación, que es muy importante para la disminución de Acc. D. Domésticos.*

Nombres y Apellidos:	<i>J. Pizarro Pizarro Alondra</i>	Nº de DNI:
Profesión	<i>Lic. Enfermería, Especialista E. D.</i>	
Cargo	<i>Lic. Experta del H.R.A.</i>	

*[Firma]*  
José Carlos Avenc  
Lic. en Enfermería  
CIP 47016

-----  
**FIRMA Y SELLO**

## CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

NOMBRE DEL EXPERTO: *J. César Céspedes Mendoza*  
PROFESION: *Lic. Exp. Emergencias y Desastres*  
CARGO: *Lic. Enfermería H.R. N. Neo Emergencia*

Por medio del presente hago constar que realicé la revisión del instrumento de investigación sobre el tema "EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS EN PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015." elaborado por el Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

Una vez indicado considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Ayacucho *25* de *Julio* del 2015

  
César Céspedes Ayendi  
Lic. en Enfermería  
CES 47016

Nombre: *J. César Céspedes Mendoza*  
DNI: *40448554*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO 2015.

Familia:.....

FICHA DE COTEJO

1.- FACTOR DE RIESGO EN LESIONES OSTEOMUSCULARES A CAÍDAS

A. CAÍDAS

Piso	Húmedo		Superficie plana		Limpios		Transitables		Orden en los pasillos		Puntaje
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
Tierra											
Cemento/ Loseta											

Puntaje: <3 inadecuado >3 adecuado

Escaleras	Barandas		Altura de las barandas		Seguras		Alturas de los Peldaños		Puntaje
	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Si	No	Adecuada	Inadecuada	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

Ambientes	Oscuros		Luz deslumbrante		Interruptores a una altura adecuada y accesibles		Puntaje
	Si	No	Si	no	Si	no	
Valor	0	1	1	0	1	0	

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

Puntaje total de caídas: <9 inadecuado.

>9 adecuado.

*[Handwritten Signature]*  
 César Córdova Avendaño  
 Lic. en Enfermería  
 CEP 47818

## 2. FACTOR DE RIESGO EN LESIONES DÉRMICAS

### A. QUEMADURAS

Cocina	Mantienen a una altura adecuada		Utilizan * recipientes previstos de asas y mangos		Sitúan objetos calientes o con llamas vivas fuera del alcance de los niños		Mantienen alejados a los niños de la cocina y zona de planchar		Puntaje
	si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	
Fogón									
Cocina a gas									

Puntaje: <2 inadecuado >2 adecuado

### B. ELECTROCUCIÓN

Instalaciones	Poseen cables pelados		Instalaciones defectuosas		Tienen conectados varios cables instalados en un solo interruptor.		Protegen los agujeros del interruptor para evitar que los niños introduzcan alambres, tijeras, clavos, etc.		Los interruptores están instalados a una altura adecuada		Puntaje
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <3 inadecuado >3 adecuado

## 3. FACTOR DE RIESGO EN LESIONES CARDIORRESPIRATORIAS

### A. ATRAGANTAMIENTO, ASFIXIAS, AHOGAMIENTO E INTOXICACIONES

Protección	Guardan objetos de menor tamaño (botones, alfileres, canicas)		Guardan las bolsas de plástico y no permiten que los niños jueguen con ellos.		Mantienen los recipientes con agua con sus tapas		Almacenan correctamente los medicamentos		Guardan correctamente los insecticidas		Etiquetan debidamente y también lo mantienen en sus envases originales		Puntaje
	si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Valor	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	

Puntaje: <4 inadecuado >4 adecuado.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores, Chávez M. Quispe R. Ayacucho 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMESTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO 2015.

Familia:.....

FICHA DE EVALUACION SOBRE EL MANEJO DE INTERVENCIÓN ANTE ACCIDENTES

LESIONES OSTEOMUSCULARES:

FRACTURAS, LUXACIONES

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	No levanta a la persona inmediatamente.	
2.	Usa hielo o compresas frías en caso de hematoma para calmar el dolor y reducir la inflamación.	
3.	Revisa si presenta un esguince o luxación o fractura. Inmovilizar el miembro afectado con una férula.	
4.	Inmoviliza el miembro afectado con una férula.	
5.	No se cómo actuar, es mejor no hacer nada y acudo a los servicios de emergencia.	
	Total	

HERIDAS

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Antes de curar una herida, lávate bien las manos con agua y jabón.	
2.	Lava la herida en agua a chorro y mantener la tranquilidad.	
3.	Evalúa e identifica que tipo de herida y el material.	
4.	Comprime con una gasa estéril o cualquier paño limpia.	
5.	Cubre la herida.	
	Total	

HEMORRAGIAS EXTERNAS:

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Acostamos a la persona accidentada para evitar que se desmaye, tratando de elevar la parte afectada.	
2.	Oprimimos firmemente la herida utilizando con una tela o venda o la mano.	
3.	Mantenemos la presión hasta que pare el sangrado.	
4.	Si el vendaje se empapa de sangre, colocamos uno nuevo sobre el anterior y seguir presionando.	
5.	Llevar al accidentado al establecimiento más cercano.	
	Total	

  
Lic. en Enfermería  
CEP 47016

**LESIONES DERMICOS:****QUEMADURAS**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	No quita la ropa adherida a la zona afectada.	
2.	Enfriamos la parte afectada para aliviar el dolor con compresas frías o sumergiéndolas directamente en agua	
3.	Cubre la zona afectada con telas o apósito limpios y húmedos.	
4.	No aplica pomada, unguento ni otros productos.	
5.	Humedece los labios.	
	Total	

**ELECTROCUCION:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Desconecta la fuente de descarga antes de tocar al accidentado.	
2.	Separamos a la persona con ayuda de un palo de la fuente de corriente	
3.	Colocamos boca arriba con la cabeza levantada en alto.	
4.	Le hacemos fricciones con energía, refrescamos su cara y le damos de oler amoníaco o vinagre.	
5.	Cubrir a la persona accidentada y llévalo al centro de salud más cercano.	
	Total	

**LESIONES CARDIORRESPIRATORIOS:****ATRAGANTAMIENTO:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Levantamos a la persona por detrás, rodeándola con nuestros brazos, de manera que quede con los brazos y la cabeza colgando.	
2.	Colocamos un puño en la cintura y lo sujetamos con la otra mano en la línea media, entre el ombligo y la cola del esternón.	
3.	Presiona fuertemente la boca del estómago hacia dentro y hacia arriba. Luego soltamos.	
4.	Colocamos en posición lateral de seguridad.	
5.	Limpiamos la boca, controlamos el pulso y la respiración.	
	Total	

**INTOXICACION:**

N°	CONDUCTAS DE INTERVENCIÓN	PUNTAJE
1.	Provocamos el vómito para evacuar el estómago de la persona afectada.	
2.	Brindamos bebida como agua caliente o una bebida cola con 2 o 3 cucharaditas de sal.	
3.	Observamos los ojos para ver cómo están las pupilas.	
4.	Colocamos en posición lateral de seguridad.	
5.	Se requiere atención médica urgente.	
	Total	

Fuente: Elaboración propia de los investigadores, Chávez M. y Quispe R. Ayacucho 2015.

**LEYENDA****PUNTAJE ESPECÍFICO:**

Deficiente: 0-2 pts.

Regular: 3 pts.

Bueno: 4-5 pts.

**PUNTAJE GLOBAL:**

Deficiente: 0-11 pts.

Regular: 12 -23 pts.

Bueno: 24 -35 pts.



César Céspedes Avendaño  
Lic. en Enfermería  
CEP 47016

**TABLA N° 01**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

PREVENCIÓN DE RIESGOS DE ACCIDENTES EN PRE ESCOLARES		RIESGO OSTEOMUSCULAR			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
PRACTICAS	INADECUADO	10	100	6	60
	ADECUADO	0	0	4	40
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias antes y después.

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	Gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Riesgo Osteomusc - Riesgo Osteomusc	.031	.769	2.449	9	.037

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 02**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO DÉRMICO EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO- 2015.**

PREVENCIÓN DE RIESGOS DE ACCIDENTES EN PRE ESCOLARES		RIESGO DERMICO			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
PRACTICAS	INADECUADO	8	80	2	20
	ADECUADO	2	20	8	80
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias antes y después

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Riesgo Dermico - Riesgo Dermico	.231	.969	3.674	9	.005

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 03**

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIO RESPIRATORIO EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**

PREVENCIÓN DE RIESGOS DE ACCIDENTES EN PRE ESCOLARES		RIESGO CARDIORRESPIRATORIO			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
PRACTICAS	INADECUADO	9	90	1	10
	ADECUADO	1	10	9	90
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias antes y después.

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Riesgo Cardiores - Riesgo Cardiores	.498	1.102	6.000	9	.000

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 04**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS SOBRE PROBLEMAS OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS		LESIONES OSTEOMUSCULARES			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
MANEJO	DEFICIENTE	10	100	2	20
	REGULAR	0	0	3	30
	BUENO	0	0	5	50
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias antes y después.

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Manejo Osteom - Manejo Osteom	.217	1.021	3.280	9	.021

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 05**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN PROBLEMAS DÉRMICOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY”. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS		LESIONES DERMICAS			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
MANEJO	DEFICIENTE	10	100	2	20
	REGULAR	0	0	2	20
	BUENO	0	0	6	60
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias antes y después.

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	GI	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Manejo Dérmico - Manejo Dérmico	.217	1.021	3.280	9	.021

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**GRAFICO N° 06**

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN PROBLEMAS CARDIORRESPIRATORIOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS		LESIONES CARDIORRESPIRATORIOS			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
MANEJO	DEFICIENTE	10	100	2	20
	REGULAR	0	0	4	40
	BUENO	0	0	4	40
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias antes y después.

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
manejo Cardiores - manejo Cardiores	.217	1.021	3.280	9	.021

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 07**

**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" EN PREVENCIÓN DE RIESGOS DOMICILIARIOS EN LA POBLACION PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**

EFFECTIVIDAD EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DE ACCIDENTES EN PRE ESCOLARES		RIESGOS DOMICILIARIOS			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
PRACTICAS	INADECUADO	9	90	3	30
	ADECUADO	1	10	7	70
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias antes y después

PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Riesgo antes Riesgo después	.674	1.126	9.000	9	.000

95% Intervalo de confianza para la diferencia

**TABLA N° 08**

**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “ALLIN KAUSAY” EN EL MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

EFFECTIVIDAD EN EL MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS		ACCIDENTES DOMESTICOS			
		ANTES		DESPUES	
		N°	%	N°	%
MANEJO	DEFICIENTE	10	100	2	20
	REGULAR	0	0	3	30
	BUENO	0	0	5	50
TOTAL		10	100	10	100

Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias antes y después

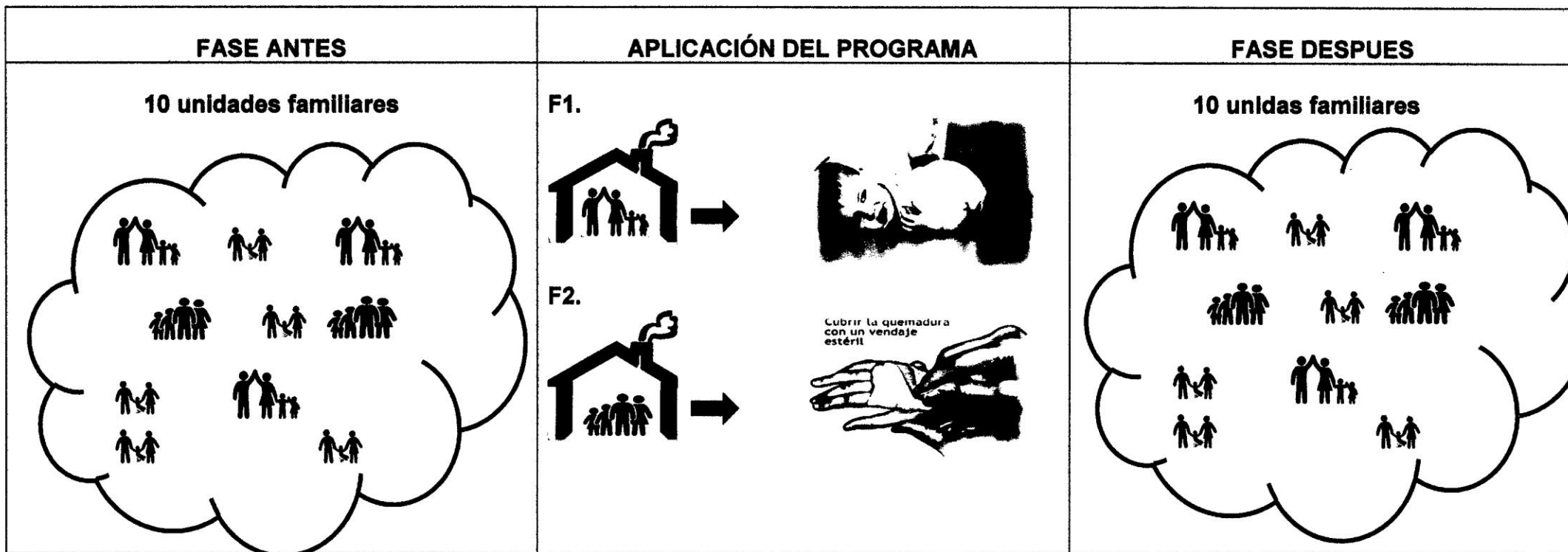
Fuente: Tabla N° 08

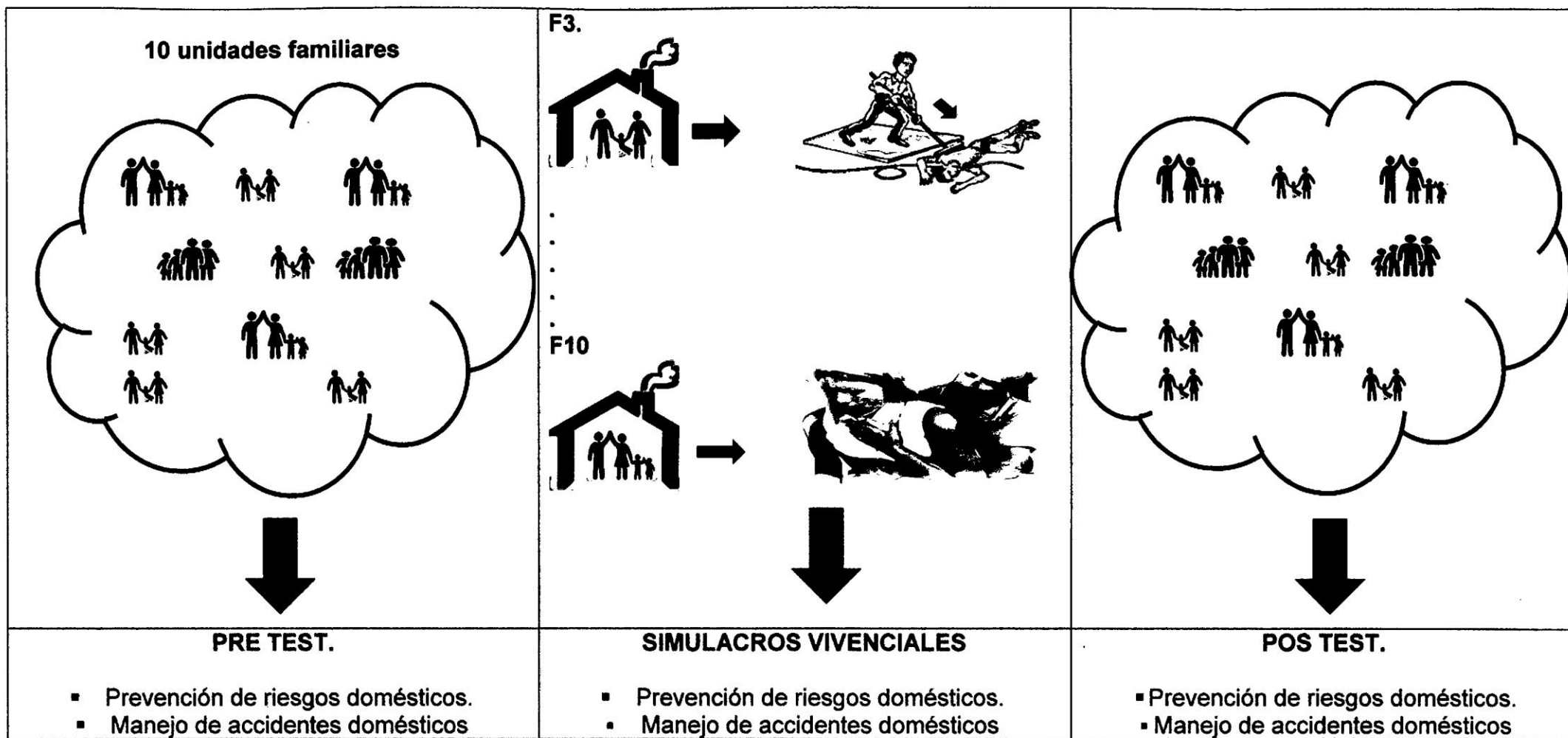
PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias relacionadas		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Riesgo antes Riesgo después	.498	1.042	6.000	9	.000

95% Intervalo de confianza para la diferencia

# GRAFICO DE LA APLICACION DEL PROGRAMA

## "ALLIN KAUSAY"





**Leyenda.**

**F1: Familia compuesta (papá, mamá e hijos).**

## **PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "ALLIN KAUSAY"**

- 1.- DENOMINACION:** La aplicación del programa preventivo "ALLIN KAUSAY" es para mejorar las actitudes y la calidad de vida antes y después de un accidente doméstico pre-escolar. Distrito de Quinua, Ayacucho 2015.
- 2.- DURACION:** La aplicación del programa preventivo "ALLIN KAUSAY" se desarrollará en un tiempo previsto, no menos de un mes.
- 3.- DESTINATARIO DEL PROGRAMA:** El programa preventivo está dirigido a la unidad familiar extensa con niños pre-escolares, que constituye el grupo experimental de la muestra de estudio. Distrito de Quinua, Ayacucho 2015.
- 4.- GRUPO BENEFICIARIO:** unidad familiar extensa con niños pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho 2015.

### **5.- PROGRAMA**

Es un conjunto de actividades basadas en el proceso neuro lingüístico, puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia, que se brindara a población objetiva para cambiar o modificar las conductas y actitudes para prevenir las consecuencias en un futuro.

### **6.- OBJETIVOS:**

#### **6.1.- OBJETIVO GENERAL:**

Es establecer la efectividad de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos en pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

#### **6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las prácticas de manejo de riesgo domiciliario que conllevan a los accidentes domésticos pre-escolares en las familias, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

2. Evaluar el manejo de accidentes domésticos pre-escolares más frecuentes, en las familias, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

3. Aplicar un programa preventivo "ALLIN KAUSAY" para reducción de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos pre-escolares en las familias. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

4. Evaluar las prácticas de manejo de riesgos domiciliarios pre-escolares que presentan las familias después de la aplicación del programa de promoción de una cultura preventiva. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
5. Evaluar el manejo de accidentes domésticos pre-escolares después de la aplicación del programa “**ALLIN KAUSAY**” de promoción de una cultura preventiva frente a accidentes domésticos. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

### **6.3.- FUNDAMENTACION:**

El estudio permitirá generar herramientas a las familias a fin de reducir los riesgos de mortalidad causados por accidentes domésticos, así mismo la promoción de una cultura preventiva en disminuir los riesgos domiciliarios que conllevan a reducir los casos de accidentes domésticos en pre-escolares, y de esta manera coadyuvara a contribuir el bienestar físico, mental y social del individuo.

Seguidamente, permitirá a cada participante tomar conciencia, analizar o autoanálisis frente al problema mencionado anteriormente; también, permitirá a los familiares a priorizar y conocer el manejo de reducción de accidentes domésticos.

## **7.- DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA:**

### **7.1.- SITUACION INICIAL:**

Los accidentes domésticos están ubicados entre las cinco primeras causas de muerte de niños, se ubican como el tercer problema de salud más frecuente en los menores de 5 años, después de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, y por encima de los accidentes de tránsito, que se sitúan en cuarto lugar, por ello hay que procurar que los niños siempre permanezcan bajo la vigilancia de un adulto o una persona responsable, sin olvidar adoptar algunas medidas básicas de seguridad.

Hoy en día los accidentes domésticos se dan mayormente en niños y niñas menores de cinco años. Fracturas, caídas, quemaduras e intoxicaciones fueron las causas más frecuentes. El programa que se va a aplicar en las familias con niños pre escolares, tiene como fin priorizar y conocer el manejo de reducción de accidentes domésticos en niños pre escolares, puesto que no tienen un amplio conocimiento sobre las consecuencias severas que puede traer en un futuro.

### **7.2.- PROCESO**

El programa va a consistir las 4 sesiones y cada sesión consta de 1 por semana, en la cual incluye lo siguiente:

**REFLEXION:** esta ofrecerá nuevos pensamientos, actitudes y ampliar nuevos conocimientos, para mejorar la actitud de la familia, a la familia se le motivará con las diferentes actividades que se va a aplicar con el objetivo de modificar sus cambios de conductas.

Esta sesión consta de 4 sesiones, cada sesión de 45 minutos.

SESIONES	CONTENIDO	ACTIVIDADES
SESION 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caídas.</li> </ul>	Talleres psicoeducativas, sesiones demostrativas y simulacros
SESION 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heridas.</li> <li>▪ Hemorragias.</li> </ul>	Talleres psicoeducativas, sesiones demostrativas y simulacros
SESION 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quemaduras.</li> <li>▪ Electrocutión.</li> </ul>	Talleres psicoeducativas, sesiones demostrativas y simulacros
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atragantamiento.</li> <li>▪ Asfixias.</li> <li>▪ Ahogamiento.</li> <li>▪ Intoxicaciones.</li> </ul>	Talleres psicoeducativas, sesiones demostrativas y simulacros

#### ¿CÓMO SE HIZO?

Según las definiciones sobre los accidentes domésticos más frecuentes, en la actualidad, se está planificando realizar 4 sesiones de talleres y simulacros de accidentes domésticos vivenciales.

#### ¿Cuándo SE HIZO?

El programa se aplicara desde el momento de la aprobación del proyecto de investigación, tiempo que se efectuara las 4 sesiones (talleres y simulacros en prevención de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos) y finalmente se evaluara, la efectividad de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY".

#### ¿CON QUE SE HIZO?

Se utilizará, principalmente recursos humanos, muñecos de simulacros, maquetas, herramientas de talleres en el manejo de accidentes domésticos, etc.

#### ¿QUIÉN LO HIZO?

Las sesiones de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" fueron elaboradas y realizado por los Bachilleres. Quispe Pacheco, Raúl Franklin y Chávez Barrientos, Maritza.

#### FORTALEZA

- Curiosidad de aprender sobre el tema.
- Apoyo y compromiso de los padres de familia.
- Participación activa de las familias, demostrando interés y aceptación.

#### DEBILIDADES

- Falta de compromiso de algunos integrantes de la familia.

#### 7.3.- RESULTADOS

Después de efectuar la aplicación del programa, las familias serán capaces de realizar las prácticas en prevención de riesgos domiciliarios y manejo de accidentes domésticos, que corresponde aquellos que queremos experimentar o alcanzar, en ello se está creando la semilla que se requiere para comenzar a través de los recursos que se necesita para manifestar la experiencia en el campo físico.

## **PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

### **SESION N° 1**

#### **I. DATOS GENERALES**

##### **1.1.- Título de charla. CAÍDAS**

##### **1.2.- Objetivo**

- Mejorar las prácticas de manejo frente a las caídas en pre escolares.

##### **1.2.1.- Objetivo Especifico**

- Proporcionar un adecuado conocimiento y actuación frente a una caída en niños pre escolar.
- Disminuir los riesgos domiciliarios que causan las caídas.

##### **1.3.- Población objetiva**

- Las familias en expansión con niños pre escolares en el seno del hogar.

##### **1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:**

- **Lugar:** en el Distrito de Quinua, Ayacucho.
- **Duración:** 45 minutos.

##### **1.5.- Metodología general**

- Expositiva, Aprendizaje basado en problema.
- Sesiones demostrativas y talleres.
- Dinámica – activa.
- Simulacros.

##### **1.6.- Justificación**

Las caídas debemos prevenirlos actuando en forma simultánea sobre los elementos de la constelación: niño, medio ambiente humano, material y agente vulnerante. Todo ello apoyado por las acciones emprendidas en la investigación científica, que en el caso de los accidentes suele frecuentemente ser olvidado.

#### **II. CONTENIDO TEMATICO**

##### **2.- CAÍDAS:**

Son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas buscan atención médica inmediata, mientras el resto faltan al trabajo o a la escuela por la consecuencia ocurrida.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los niños, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza.

### **Las causas principales de las caídas:**

- Pavimentos poco limpios: con agua, grasas, aceites, etc.
- Suelos resbaladizos por el uso o porque han sido pulidos o encerados inadecuadamente.
- Existencia de huecos abiertos o mal protegidos: ventanas bajas, barandillas de corta altura.
- Utilización de elementos inadecuados para subir o alcanzar objetos a otra altura (sillas en lugar de escaleras) o subirse a escaleras con peldaños rotos, o a sillas con peldaños inestables o asientos frágiles. Mesas u otros objetos inestables al pisar sus bordes.

### **Para prevenir las caídas tendremos en cuenta lo siguiente:**

- Mantenga el suelo lo más libre posible de obstáculos, sobre todo en las zonas de circulación y trabajo.
- Procura tener siempre una buena iluminación en casa. Evitarás un buen número de tropezones y de caídas innecesarias.
- Evite tener las superficies resbaladizas. Ténganse siempre limpias. Si encera el suelo, utilice cera o productos no deslizantes.
- Revise que las escaleras de acceso a la vivienda tengan barandilla de altura no inferior a 90 cm. y dispongan de pasamanos en todos sus tramos.
- Proteja aquellas ventanas que se encuentren a menos de 1 metro del suelo mediante defensas apropiadas (barandillas, rejas), que impidan la caída de las personas. Los barrotes, de existir, han de estar colocados verticalmente y su separación debe ser tal que impida el paso de la cabeza de un niño pequeño.
- Las puertas, balcones, ventanas que den acceso sobre zonas de riesgo de caída, deben disponer de un sistema de bloqueo que impida su apertura a los niños.
- Evite utilizar sillas o muebles para alcanzar objetos altos en vez de escaleras apropiadas.
- No suba ni permita que los niños suban sobre muebles y permanezcan en ellos de pie.

### **Primeros auxilios en caso de caída:**

Una caída puede producir un hematoma, un esguince, una luxación o una fractura.

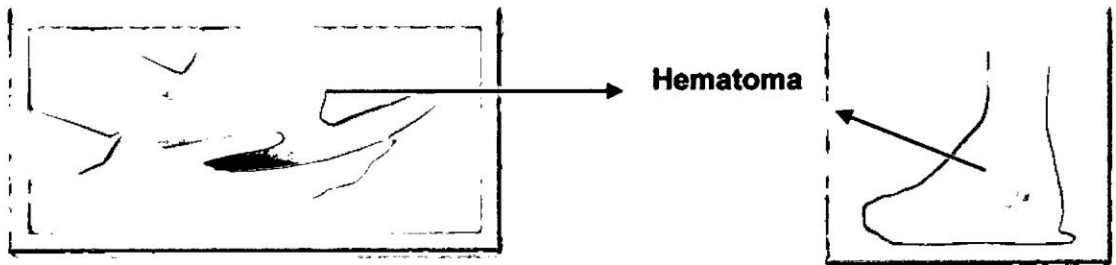
- No levantar a la persona inmediatamente.
- Cuando se presenta un hematoma, usar hielo o compresas frías para calmar el dolor y reducir la inflamación y aplicar algún analgésico (pomada antiinflamatorio) del botiquín.
- Cuando se presenta un esguince o luxación o fractura; evite que el accidentado se mueva, para ello, si se tiene conocimiento hay que inmovilizar el miembro afectado con una férula.
- Si no se sabe como actuar, es mejor no hacer nada y acudir a los servicios de emergencia.

**SIMULACRO.**

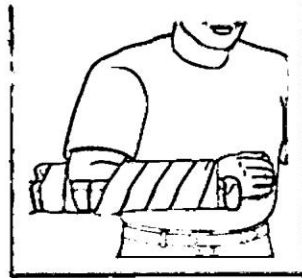
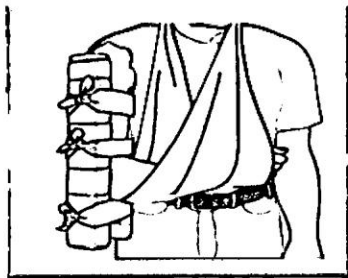
**Paso 1. No levantar a la persona inmediatamente.**



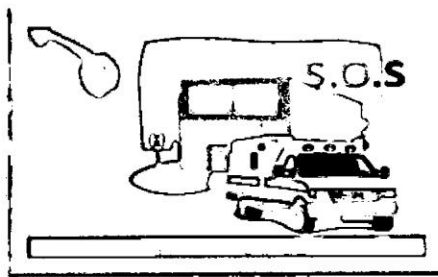
**Paso 2. Usar hielo o compresas frías en caso de hematoma para calmar el dolor y reducir la inflamación.**



**Paso 3. Cuando se presenta un esguince o luxación o fractura; evite que el accidentado e inmovilizar el miembro afectado con una férula.**



**Paso 4. Si no se sabe cómo actuar, es mejor no hacer nada y acudir a los servicios de emergencia.**



## PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

### SESION N° 2

#### I. DATOS GENERALES

##### 1.1.- Título de charla. HERIDAS y HEMORRAGIAS.

##### 1.2.- Objetivo

- Mejorar las prácticas de manejo frente a las heridas y hemorragias en pre escolares.

##### 1.2.1.- Objetivo Especifico

- Proporcionar un adecuado conocimiento y actuación frente a una herida y hemorragias en niños pre escolar.
- Disminuir los riesgos domiciliarios que causan las heridas y las hemorragias.

##### 1.3.- Población objetiva

- Las familias en expansión con niños pre-escolares en el seno del hogar.

##### 1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** en el Distrito De Quinua, Ayacucho.
- **Duración:** 45 minutos.

##### 1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problema.
- Sesiones demostrativas y talleres.
- Dinámica – activa
- Simulacros.

##### 1.6.- Justificación

Los problemas vividos en la infancia vaticinan cómo será nuestra calidad de vida cuando seamos adultos. Además, estos pueden influir significativamente en como nuestros niños de hoy actuarán mañana y en como nosotros, por otro lado, afrontaremos las adversidades.

Así, de alguna forma, a partir de estas 5 heridas emocionales o experiencias dolorosas de la infancia, conformaremos una parte de nuestra personalidad

## II. CONTENIDO TEMATICO

### 1. HERIDAS:

Las heridas son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos blandos. Por tejidos blandos entendemos piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros.

Pueden producirse por agentes externos (cuchillos, vidrios, latas, etc.) o agentes internos (huesos fracturado). A su vez encontramos tipos de heridas abiertas, cerradas, simples y complicadas.

### **1.1.- Causas principales de las heridas.**

El contacto de manos y pies, generalmente, con objetos cortantes o punzantes produce cortes y pinchazos.

Estas heridas, sin ser graves, ocurren con demasiada frecuencia y se deben principalmente a:

- No deje objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños.
- No guarde los objetos cortantes o punzantes una vez que han sido utilizados.
- Utilice una protección que impida el contacto directo con el elemento de corte (rejilla de ventilador, funda de cuchillo, etc.).
- No haber reparado o desechado aquellos objetos (vasos, platos, etc.), que con el uso se han convertido en parcialmente cortantes.
- Sitúe plantas punzantes como los cactus en zonas poco visibles y al alcance de los niños.

### **1.2.- Prevención de las heridas por objetos cortantes y punzantes.**

- Proteja, aleje o elimine en lo posible del alcance de los niños aquellos objetos que presenten superficies o aristas vivas (cuchillos, aspas de ventilador, trituradora, cuchillas de afeitar, agujas de coser o de punto, tijeras, etc.).
- Coloque las herramientas en cajones con las puntas o elementos cortantes hacia dentro.
- Revise y elimine platos y vasos rotos o descantillados.
- Sitúe las plantas punzantes en lugares visibles y fuera del alcance de los niños.

#### **Otras heridas específicas.**

- En el hogar pueden producirse heridas por armas de fuego y por animales domésticos (mordeduras y arañazos):
- Las armas de fuego deben guardarse descargadas y en lugares bajo llave (armeros).
- Para evitar mordeduras y arañazos debe tratarse adecuadamente a los animales domésticos.

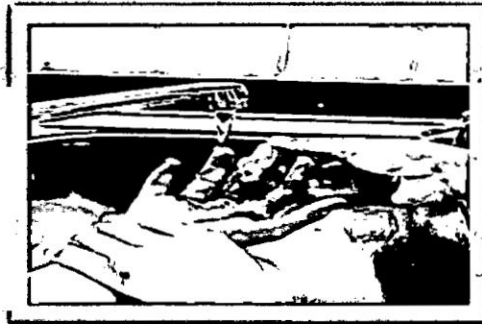
### **¿Cómo actuar ante una herida?**

- Tranquilidad, la sangre es muy escandalosa
- Lavar la herida con agua o suero, si es posible frío para que pare de sangrar.
- Evaluar el tipo de herida, limpia y profunda, bordes "machacados", raspadura.
- Para ayudar a que pare de sangrar; comprimir con una gasa estéril (en su defecto; cualquier paño limpio, mejor que no suelte pelo)
- Si la herida es grande, muy profunda, o no para de sangrar acudir a urgencias (descartar lesiones de otras estructuras)

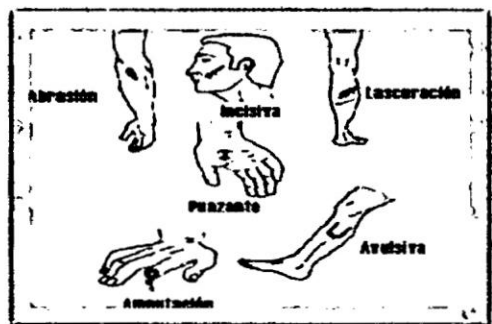
- Heridas con cuerpos extraños que no podamos sacar. (cristales, piedras, astillas) también urgencias.
- Heridas de menos de 1 a 2 cm no merece la pena suturarlas (quedan las marcas de los puntos, duele anestesiarnos y el resultado no siempre es mejor)
- Si podéis en tratarla en casa: lavar y desinfectar. Tiras de aproximación se ponen en perpendicular a la herida procurando acercar los bordes. Deben ponerse con la piel seca, y mantenerla seca 48 a 72 horas para que no se despeguen. Luego; lavar diariamente con agua y jabón. Dejar al aire, pero evitar el sol a los menos un año en zonas estéticas.
- Atención a la profilaxis antitetánica.

### **SIMULACRO. Actuando ante una herida.**

**Paso 1. Lavar la herida y mantener la tranquilidad.**



**Paso 2. Evaluar el tipo de herida.**



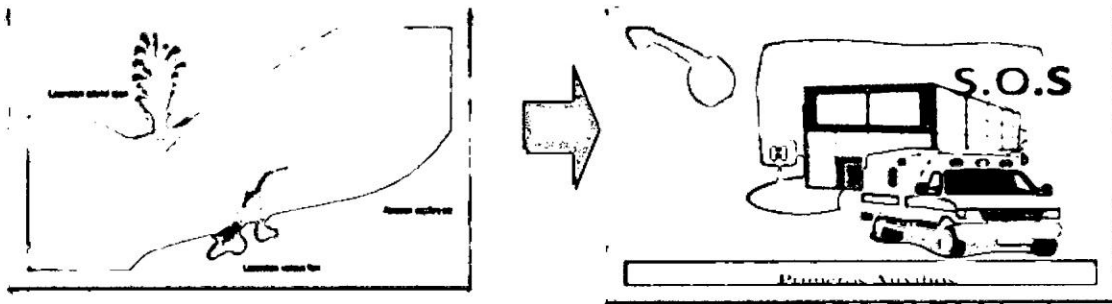
**Paso 3. Comprimir con una gasa estéril o cualquier paño limpio.**



**Paso 4. Cubrir la herida.**



**Paso 5. Si la herida es grande, muy profunda, o no para de sangrar acudir a urgencias (descartar lesiones de otras estructuras)**



## **2.- HEMORRAGIAS.**

Sin duda, estar frente a una persona accidentada, con un sangrado masivo es una de las situaciones que pondrá a prueba nuestra capacidad para responder y ayudar al accidentado. Se debe mantener la tranquilidad ya que las medidas que vemos son sumamente eficaces mientras que las realicemos correctamente. La sangre se encuentra circulando por el interior de los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares), que la transportan por todo el cuerpo. Cuando alguno de estos vasos sanguíneos se rompe generalmente luego de un traumatismo ya sea contuso o cortante, la sangre sale de su interior, originándose así una hemorragia que será de mayor gravedad e intensidad de acuerdo al mecanismo de acción y la intensidad del accidente, así como también si afecta directamente vasos arteriales .

La atención de primeros auxilios contribuye a que este proceso sea efectivo. Esta atención debe ser inmediata porque en pocos minutos la pérdida de sangre puede ser masiva, ocasionando shock y muerte.

### **2.1.- Hemorragia externa.**

Por afectar la integridad de la piel, se produce la salida de la sangre, lo que ocasiona la hemorragia y potencialmente la herida puede infectarse secundariamente

## 2.2. Manifestaciones:

Según el diámetro del vaso que se vea afectado, será la intensidad del sangrado, pudiéndolas dividir en:

- **Hemorragia capilar o superficial:** Compromete solo los vasos sanguíneos superficiales que irrigan la piel; generalmente esta hemorragia es escasa y se puede controlar fácilmente.
- **Hemorragia venosa:** Las venas llevan sangre de los órganos hacia el corazón; las hemorragias venosas se caracterizan porque la sangre es de color rojo oscuro y su salida es continua, de escasa o de abundante cantidad.
- **Hemorragia arterial:** Es un sangrado que por tener alta presión adquiere características espectaculares, generando temor al accidentado y a quien esté encargado de realizar los primeros auxilios. Las arterias conducen la sangre desde el corazón hacia los demás órganos y el resto del cuerpo; la hemorragia arterial se caracteriza porque la sangre es de color rojo brillante, su salida es abundante y en forma intermitente, coincidiendo con cada pulsación. (tener siempre en cuenta que con la compresión de la zona se detiene invariablemente el mismo)

## 2.3.- Control de La hemorragia externa:

- Acueste a la víctima.
- Colóquese guantes descartables de látex. De no tener, utilice una bolsa de nailon o similar de manera de no tomar contacto directo con la sangre del accidentado.
- Descubra el sitio de la lesión para valorar el tipo de hemorragia ya que esta no es siempre visible; puede estar oculta por la ropa o por la posición de la víctima.
- Para identificar el tipo de hemorragia seque la herida con una tela limpia gasa o apósito
- Desinfecte la herida con antisépticos como solución de iodopovidona, agua oxigenada o alcohol.

## SIMULACRO. Control de hemorragia externa.

### Paso 1. Acueste a la víctima



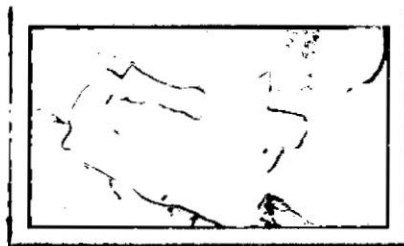
**Paso 2.** Colóquese guantes descartables de látex. De no tener, utilice una bolsa de nailon o similar.



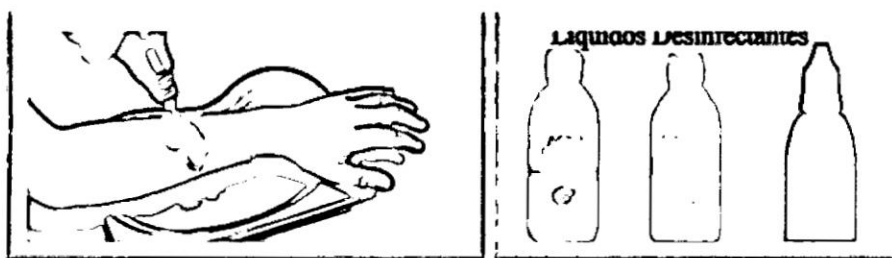
**Paso3.** Descubra el sitio de la lesión para valorar el tipo de hemorragia.



**Paso4.** Para identificar el tipo de hemorragia seque la herida con una tela limpia gasa o apósito.



**Paso 5.** Desinfecte la herida con antisépticos como solución.



Para controlar la hemorragia siga los siguientes pasos (en este orden de ser posible).

**a. Compresión directa:**

- Aplique sobre la herida una compresa o tela limpia haciendo presión fuerte. Si no dispone de compresa o tela puede hacerla directamente con su mano siempre y cuando usted no tenga ninguna lesión en las manos o este protegido con guantes.
- La mayoría de las hemorragias se pueden controlar con compresión directa.

- La compresión directa con la mano puede ser sustituida con un vendaje de presión, cuando las heridas son demasiado grandes o cuando tenga que atender a otras víctimas.
- Esta técnica generalmente se utiliza simultáneamente con la elevación de la parte afectada excepto cuando se sospeche lesión de columna vertebral o fracturas, (antes de elevar la extremidad se debe inmovilizar).

**SIMULACRO. Manejo de compresión directa en hemorragia**



**b. Elevación.**

- La elevación de la parte lesionada disminuye la presión de la sangre en el lugar de la herida y reduce la hemorragia.
- Si la herida está situada en un miembro superior o inferior, levántelo a un nivel superior al corazón.
- Cubra los apósitos con una venda de rollo.
- Si continúa sangrando coloque apósitos adicionales sin retirar el vendaje inicial.

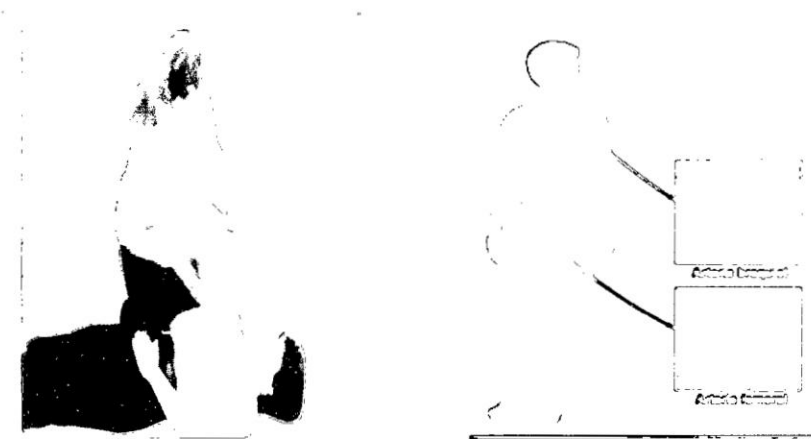
**Elevación de la parte lesionada para el control de hemorragia**



- c. Presión directa sobre la arteria.** Para controlar la hemorragia en miembros superiores e inferiores haga lo siguiente:

- Consiste en comprimir con la yema de los dedos una arteria contra el hueso subyacente.
- Se utiliza cuando no se ha podido controlar la hemorragia por compresión directa y elevación de la extremidad o en los casos en los cuales no se pueden utilizar los métodos anteriores (fracturas abiertas).
- Esta técnica reduce la irrigación de todo el miembro y no solo de la herida como sucede en la presión directa.
- Al utilizar el punto de presión se debe hacer simultáneamente presión directa sobre la herida y elevación.

### Puntos de presión para el control de hemorragia.

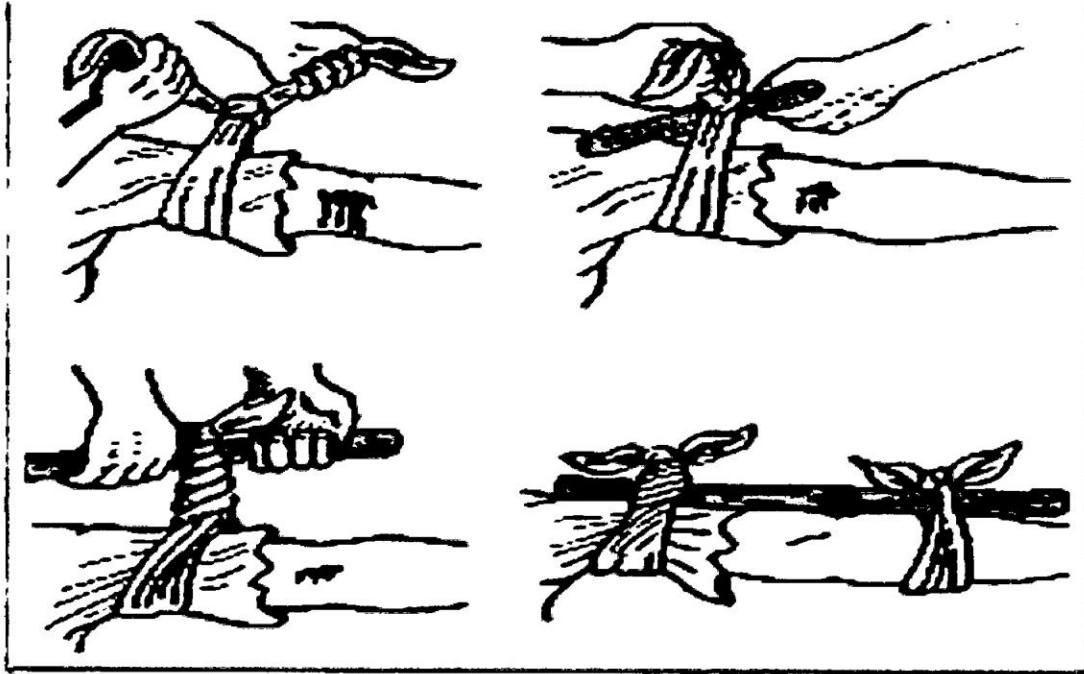


### c. Torniquete

Se debe utilizar como último recurso, debido a las enormes y graves consecuencias que trae su utilización (la compresión intensa y sostenida sobre los nervios que se hallan cercanos a las arterias y venas, produce un bloqueo en el suministro de oxígeno, lo que compromete la transmisión de los impulsos nerviosos pudiendo ocasionar hasta la parálisis del miembro afectado), por lo que está reservado sólo a los casos donde la hemorragia es tan grave que los tres métodos anteriores han fallado, como una amputación, donde deberá ser el primer paso para el control efectivo de la hemorragia (la vida del paciente está siendo amenazada).

- Utilice una venda triangular doblada o una banda de tela de por lo menos 4 cm de ancho. (no utilice vendas estrechas, cuerdas o alambres).
- Coloque la venda cuatro dedos arriba de la herida.
- Dé dos vueltas alrededor del brazo o pierna.
- Haga un nudo simple en los extremos de la venda.
- Coloque una vara corta y fuerte. Haga dos nudos más sobre la vara.
- Gire la vara lentamente hasta controlar la hemorragia.
- **Importante. Suelte una vez cada 7 minutos.**
- Traslade inmediatamente la víctima al centro asistencia.

**Torniquete. Compresión intensa y sostenida como último recurso.**



## **PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

### **SESION N° 3**

#### **I. DATOS GENERALES**

##### **1.1.- Título de charla. QUEMADURAS y ELECTROCUCIÓN.**

##### **1.2.- Objetivo**

- Mejorar las prácticas de manejo frente a las quemaduras y electrocución en pre escolares.

##### **1.2.1.- Objetivo Especifico**

- Proporcionar un adecuado conocimiento y actuación frente a una quemadura y electrocución en niños pre escolar.
- Disminuir los riesgos domiciliarios que causan las quemaduras y electrocución.

##### **1.3.- Población objetiva**

- Las familias en expansión con niños pre-escolares en el seno del hogar.

##### **1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:**

- **Lugar:** en el Distrito de Quinua, Ayacucho.
- **Duración:** 45 minutos.

##### **1.5.- Metodología general**

- Expositiva, Aprendizaje basado en problema.
- Sesiones demostrativas y talleres.
- Dinámica – activa
- Simulacros.

##### **1.6.- Justificación**

El riesgo de quemaduras es particularmente elevado en niños pre-escolares y ancianos, pues como en estos dos grupos de edad la piel es delgada y frágil, incluso un periodo limitado de contacto con una fuente de calor puede crear una quemadura de espesor total. Por ello se requiere un cuidado adecuado de las personas responsables con capacidad, actitud de prevenir y manejar este incidente en el hogar.

La mayor parte de lesiones por quemadura ocurren en el hogar, por lo general en la cocina, al cocinar, y en el baño por escaldaduras o uso inadecuado de dispositivos eléctricos cerca de fuentes de agua. Al cocinar de forma descuidada es una de las principales causas.

#### **II. CONTENIDO TEMATICO.**

##### **1. QUEMADURAS:**

Son traumatismos provocados por agentes físicos externos que pueden ser térmicos, químicos, eléctricos o radioactivos, que destruyen la piel y los tejidos adyacentes, dependiendo de la profundidad a la que lleguen. Los efectos resultantes están influidos por la intensidad de la energía, la duración de la exposición y el tipo de tejido que se lesione.

Son las lesiones traumáticas producidas por el calor en cualquiera de sus formas, así como por sustancias químicas, causticas o corrosivas y se clasifican en:

- **Quemaduras de primer grado:** Son provocados por el contacto con líquidos y objetos muy calientes o por la exposición prolongada a los rayos del sol. Se los denomina también "de primer grado" y dañan la parte más superficial de la piel. Se curan rápidamente y no dejan costras o cicatrices.
- **Quemaduras de segundo grado:** se destruyen las células de la epidermis, llegando hasta la dermis. De vasos capilares de esta capa fluye abundante líquido plasmático que forma ampollas y vesículas. Cuando estas se rompen, dejan al descubierto unas papilas de color rojo, que producen dolor intenso y muy doloroso cuando se les presiona.
- **Quemaduras de tercer grado:** cuando se producen este tipo de lesiones, la destrucción de los tejidos abarca todas las capas de la piel y llega, en algunos casos al tejido muscular.



#### **Causas principales de quemaduras.**

- Situar objetos calientes (estufas eléctricas, lámparas, hornos, tostadores de pan, etc.), en lugares accesibles a los niños o no protegidos adecuadamente.
- Utilizar recipientes o cuerpos calientes desprovistos de asas o mangos aislantes.
- Manejar objetos a alta temperatura sin protección en las manos.  
" Cocer o freír los alimentos que dan origen a salpicaduras sin usar tapaderas.
- Manipular inadecuadamente pólvoras (cohetes, petardos o cartuchos).
- También suelen producirse quemaduras intensas al entrar en contacto la piel con sustancias causticas (sosa) o corrosivas (ácido sulfúrico)

#### **Prevención de las quemaduras.**

- Sitúe los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de los niños.
- Mantener cerillos y encendedores lejos de alcance de los niños.
- Nunca dejar a los niños solos cerca del fuego o en el baño/tina.
- No arrojar líquidos inflamables a un fuego ya encendido.
- No utilizar líquidos inflamables para prender fuego.
- Tener cuidado al cocinar.
- Aleje a los niños de la cocina y zona de planchar.

➤ Evite las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos.

• **¿Cómo actuar?**

- ❖ Enfriar las quemaduras bajo un chorro de agua fría.
- ❖ En quemaduras químicas enfriar al menos 15-20 minutos.
- ❖ Cubrir la zona con apósitos estériles humedecidos.
- ❖ No aplicar pomadas, ungüentos ni otros productos.
- ❖ En general, no quitar ropas adheridas a la zona quemada. Quitar sólo las ropas impregnadas de productos químicos, cáusticos o hirvientes
- ❖ No dar nada de beber. Sólo humedecer los labios. Jamás pinchar las ampollas
- ❖ Retirar anillos, pulseras, etc. para evitar la compresión por posible inflamación
- ❖ Si una persona arde, evitar que corra pues aviva más las llamas. Tirarla al suelo haciéndola rodar.

Para aplicar la técnica adecuada has de tener en cuenta qué tipo de quemadura se va a tratar:

**SIMULACRO. Manejo de quemaduras.**

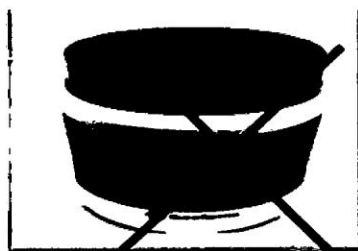
**Paso 1.** Enfriar las quemaduras bajo un chorro de agua fría.



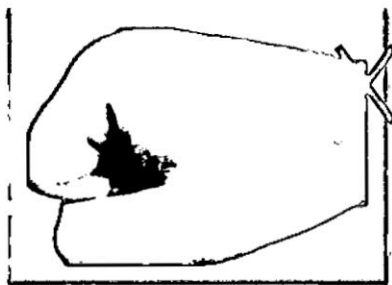
**Paso 2.** Cubrir la zona con apósitos estériles humedecidos.



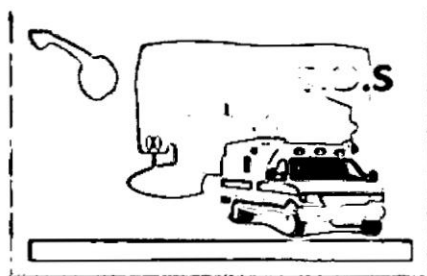
**Paso 3.** No aplicar pomadas, ungüentos ni otros productos, no quitar ropas adheridas a la zona quemada.



**Paso 4.** No dar nada de beber. Sólo humedecer los labios. Jamás pinchar las ampollas



**Paso 5.** En caso de la quemadura es complicado, acudir a un establecimiento cercano.



**De primer grado (la piel sólo está enrojecida)**

- Refrescar la quemadura con agua a una temperatura de entre 10 y 20 grados centígrados.
- Observar la zona, por si se produjera algún cambio.

**Segundo grado (la piel se quema y aparecen ampollas)**

- Lavar la zona afectada con abundante agua durante al menos 5 minutos.
- Si la ampolla está intacta ponga antiséptico sobre ella y cubre con un paño limpio o compresa estéril.
- Si la ampolla está rota, trátela como una herida. Lávese las manos y aplique antiséptico, recortar con una tijera limpia la piel muerta e imprégna nuevamente con antiséptico.
- Colocar una tirita para evitar el dolor y la infección.

**Tercer grado (la piel está carbonizada).**

- Lavar la zona afectada con abundante agua durante al menos 5 minutos.
- NO retire los restos de ropa.
- NO reviente las ampollas que aparezcan.
- NO de pomadas de ningún tipo.
- Envuelva la parte afectada con un paño limpio, toallas o sábanas, humedecidas en suero o agua.
- Llame rápidamente al servicio de urgencia.

## **2. ELECTROCUCION.**

La electrocución o shock eléctrico es un accidente provocado por el paso del corriente eléctrico a través del cuerpo. En algunas ocasiones se limita a una descarga eléctrica más o menos fuerte, con quemaduras. En otras, puede ir acompañado de pérdida de conocimiento. En casos graves, produce quemaduras muy profundas, necrosis de los tejidos, electrocoagulación, hemolisis, fibrilación ventricular, parálisis muscular, paro respiratorio y paro cardíaco.

En las viviendas existe un riesgo general de electrocución. Una persona puede electrocutarse fácilmente ya que las tensiones que alimentan los aparatos electrodomésticos (220 ó 125 voltios) son peligrosas. En caso de aplicarse por accidente a una persona puede producir desde el conocido "calambrazo" hasta la muerte por paro cardíaco.

**Causas principales de electrocución:** Cuando se tocan directamente elementos eléctricos que estén con tensión:

- Por existir cables pelados, con aislante defectuoso o insuficiente.
- Por conectar aparatos con cables desprovistos de la clavija correspondiente.
- Al cambiar fusibles o tratar de desmontar o reparar un aparato sin haberlo desconectado.
- Al introducir los niños tijeras o alambre en los agujeros de los enchufes.
- Por manejar aparatos que carecen de tapas protectoras y, por consiguiente, tienen partes eléctricas accesibles.
- Cuando se toca la carcasa o parte exterior metálica de algún aparato electrodoméstico que se ha puesto en contacto con la tensión como consecuencia de una deficiencia en los aislamientos interiores. Esto suele ser frecuente en:
  - Televisor.
  - Radio.
  - Etc.

No son peligrosos los aparatos electrodomésticos que lleven el símbolo de doble aislamiento en su chapa de características, a no ser que se mojen.

**Cómo prevenir la electrocución:**

- No conectar aparatos que se hayan mojado.
- Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo, aun cuando el suelo esté seco.
- No tener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros aparatos eléctricos al alcance de la mano en el cuarto de baño y a menos de un metro del borde de la bañera.
- Usar enchufes giratorios o de enclavamiento profundo para proteger a los niños.

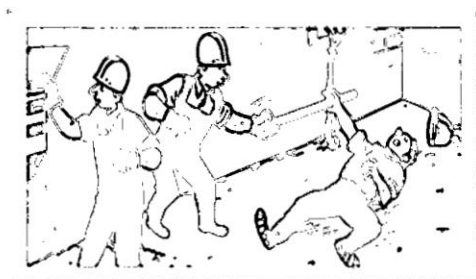
- Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general y asegurarse de la ausencia de tensión.

#### Como actuar:

- **Desconecte la corriente.** Para evitar que la corriente pase a usted, aíslese debidamente usando calzado y guantes de goma o subiéndose sobre una tabla.
- **Si el accidentado queda unido al conducto eléctrico, sepárale por medio de un palo aislante, por ejemplo, de madera seca.**
- **Revise sus signos vitales.** Por lo general, puede sufrir pérdida de conocimiento al recibir la descarga y quemaduras.
- **Si la víctima se encuentra inconsciente,** realice la reanimación cardio-pulmonar.
- **No coloque agua en las quemaduras.**
- **En cuanto pueda trasládalo a un centro asistencial.**

#### SIMULACRO

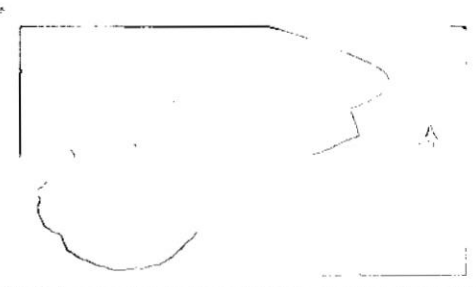
**Paso 1. Desconecte la corriente.**



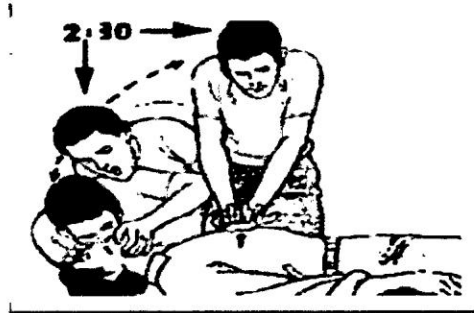
**Paso 2. Sepárale por medio de un palo aislante.**



**Paso 3. Revise sus signos vitales.**



**Paso 4. Realice la reanimación cardio-pulmonar.**



**Paso 5. En cuanto pueda trasládalo a un centro asistencial.**



**¿Qué debemos hacer cuando nos sorprende una tormenta eléctrica en ambientes naturales?**

- Alejarse de los árboles, estructuras metálicas, postes de alta tensión, antenas y entradas de cuevas.
- En un lugar descampado conviene tumbarse en el suelo o ponerse de cuclillas con la cabeza abajo y los brazos tocando las rodillas.
- No permearse dentro de un vehículo si estamos al descampado.
- No usar paraguas para guardarse en un lugar de aire libre.
- Soltar de la mano todo objeto que puede traer la descarga eléctrica.

## **PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO.**

### **SESION N° 4**

#### **I. DATOS GENERALES**

##### **1.1.- Título de charla. ASFIXIAS, INTOXICACIÓN y ATRAGANTAMIENTO**

##### **1.2.- Objetivo**

- Mejorar las prácticas de manejo frente a las Asfixias, intoxicación, atragantamiento en pre escolares.

##### **1.2.1.- Objetivo Especifico**

- Proporcionar un adecuado conocimiento y actuación frente a Asfixias, intoxicación, atragantamiento en niños pre escolar.
- Disminuir los riesgos domiciliarios que causan las Asfixias, intoxicación y atragantamiento.

##### **1.3.- Población objetiva**

- Las familias extensas con niños pre escolares.

##### **1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:**

- **Lugar:** en el Distrito de Quinua, Ayacucho.
- **Duración:** 45 minutos.

##### **1.5.- Metodología general**

- Expositiva, Aprendizaje basado en problema.
- Sesiones demostrativas y talleres.
- Dinámica – activa
- Simulacros.

#### **II. CONTENIDO TEMATICO**

##### **1. Asfixias:**

La asfixia o ahogo se presenta cuando alguien tiene muchos problemas para respirar debido a que alimento, un juguete u otro objeto está obstruyendo la garganta o tráquea (vías respiratorias).

Las vías respiratorias de una persona que se está asfixiando pueden estar obstruidas de manera tal que el oxígeno no llega a los pulmones. Sin oxígeno, puede presentarse daño cerebral en tan solo 4 a 6 minutos. La administración rápida de primeros auxilios para la asfixia puede salvar una vida.

##### **Causas principales que producen la asfixia.**

- Introducción por boca y nariz de objetos de diámetro superior al de las vías respiratorias (botones, canicas, alfileres, imperdibles, ojos de peluches, ruedas de coches pequeñas, etc.).

- Taponamiento externo de las vías respiratorias por el vestido o la ropa de cuna.
- Sofocación por otro cuerpo humano (adulto) durante el sueño.
- Llevar en el cuello lazos o cadenas que sujetan chupete y medallas.
- Ropas inadecuadas: bufandas demasiado largas.
- Utilización de bolsas de plástico como capuchas o caretas de juego.
- Bañeras, cubos y otros recipientes llenos de agua.

### **Prevención de la asfixia.**

- Evite que los niños de corta edad jueguen y manipulen objetos pequeños o aquellos que puedan desmontarse en piezas pequeñas o no sean los recomendados para su edad.
- Impedir que los niños vistan con bufandas demasiado largas.
- No deje recipientes con agua cerca de los niños, sobre todo antes del año y medio.
- Protección por cierre vallado, separación, acceso difícil, uso de redes en piscinas, estanques, pozos, cisternas, lavaderos y cursos de agua.
- Provoque el eructo de los lactantes después de las comidas y antes de recostarlos para dormir.
- Coloque al niño que haya perdido el conocimiento de costado (posición lateral de seguridad) para facilitar la salida al exterior de posibles vómitos.
- Evite que los niños jueguen con bolsas de plástico.
- No dormir en la misma cama adultos y lactantes.
- Vigile a los niños que circulen cerca de los lugares con agua.
- No deje a los niños pequeños solos en la bañera

### **Intoxicaciones.**

Una intoxicación es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño. Entendemos por tóxico aquella sustancia que cuando se encuentra en una determinada concentración en el organismo de los seres vivos provoca un daño. No se debe confundir una intoxicación con una reacción alérgica, ya que ésta va a depender de una reacción exagerada del organismo ante un agente que no necesariamente es dañino.

El grado de intoxicación dependerá tanto de la cantidad de veneno/tóxico ingerido como de las características propias de la persona (edad, peso, obesidad). La mayoría de las veces las intoxicaciones ocurren por accidente, sin embargo, una actuación rápida puede llegar a salvar la vida. Si se sospecha de una intoxicación, no hay que esperar a que aparezcan los síntomas, sino tomar medidas activas.

#### **• Las causa principales de las intoxicaciones:**

- Medicamentos.
- Productos de limpieza.
- Insecticidas y productos de jardinería.

- Pinturas, disolventes y adhesivos.
- Combustibles (y productos derivados de la combustión).
- Productos de perfumería y cosmética.
- Bebidas alcohólicas.

### **Prevención de intoxicaciones, alergias e irritaciones.**

- **Medicamentos:** No almacenarlos en las mesillas de noche. Guardarlos bajo llave.
- **Productos de limpieza:** No mezclarlos indiscriminadamente, especialmente en el caso de la lejía (se produce un fuerte desprendimiento de cloro, que es un gas tóxico). Igual ocurre con la mezcla de lejía y amoníaco.
- **Insecticidas y productos de jardinería:** No pulverizarlos sobre alimentos, personas o animales domésticos. No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudencial.
- **Pinturas, disolventes y adhesivos:** Aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes. No permanecer en las habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente.
- **Combustibles y productos de combustión:** No situar calentadores a
- **Cerrar la llave del paso al finalizar la utilización del gas y siempre por la noche.**
- Evitar las corrientes de aire sobre la llama que puedan apagarla.
- Vigilar los recipientes con líquidos sobre el fuego que, al hervir, rebose y apaguen la llama.
- Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillas o mecheros: la chispa provocaría una gran explosión.

### **Signos.**

Los síntomas varían según el tóxico, pero pueden abarcar: Dolor abdominal, labios morados, dolor torácico, confusión, dificultad para respirar o falta de aliento, vértigo, visión doble, somnolencia, fiebre, dolor de cabeza, palpitaciones cardíacas, náuseas y vómitos, convulsiones, pérdida del conocimiento, aliento inusual, debilidad.

### **¿Cómo actuar?**

Intoxicación por ingestión (por alimentos mal conservados, medicamentos, drogas, etc.)

#### **Si la persona está consciente:**

- Provocar el vómito si han pasado menos de dos horas desde la ingestión.
- Si la ingestión ha sido de algún producto cáustico o corrosivo (lejía, ácidos), no provocar el vómito. Se pueden producir quemaduras en el tracto digestivo. En éste caso, dar agua para diluir la concentración del producto cáustico
- Trasladar a un centro sanitario.

#### **Si la persona está inconsciente:**

- No provocar el vómito.
- Poner a la persona en posición de seguridad (tumbada lateralmente)

- Aflojarle las ropas.
- Abrigar al accidentado.
- Pedir ayuda sanitaria.

**Intoxicación por inhalación (al respirar un gas tóxico como butano, monóxido de carbono, gas natural, etc.).**

- Sacar rápidamente al accidentado de la zona y abrir puertas y ventanas.
- Pedir ayuda sanitaria.
- Comprobar las constantes vitales y, si es necesario, realizar respiración asistida y masaje cardiaco hasta la llegada del servicio sanitario.

**Intoxicación por contacto (producidas por plaguicidas, pesticidas, etc.).**

- Quitar la ropa empapada en el producto.
- Lavar abundantemente la piel con agua sin frotar.
- Si salpicó a los ojos, lavarlos con agua durante 10 ó 15 minutos.
- Trasladar a la víctima a un centro sanitario con la etiqueta del producto.

## **SIMULACRO.**

**Paso 1. Identificar el tipo de intoxicación, y la etiqueta de producto.**



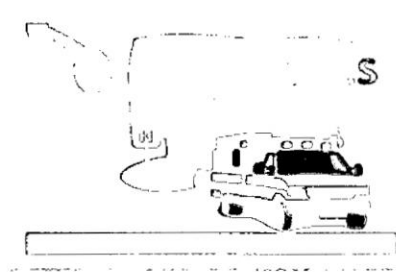
**Paso 2. Provocar vómitos si está consciente y no cuando este inconsciente.**



**Paso 3.** Dar de beber líquidos que contrarreste la densidad del producto y/o neutralizarlo.



**Paso 4.** Trasladar a la víctima a un centro sanitario con la etiqueta del producto.



### **ATRAGANTAMIENTO.**

El atragantamiento sucede cuando a alguien se le bloquean de repente las vías donde debe pasar el aire y no puede respirar. Puede estar causado debido a una mala deglución de los alimentos o por atascamiento de objetos. La diferencia entre un buen susto y la muerte puede estar en que alguien a nuestro alrededor, o nosotros mismos, conozcamos las técnicas básicas de primeros auxilios, como la maniobra de Heimlich, para actuar a tiempo.

#### **Síntomas.**

- Imposibilidad para respirar, toser y hablar.
- Hinchazón de las venas del cuello y la cara.
- Color azulado.
- En algunos casos, pérdida de conocimiento.

#### **Prevención en el atragantamiento.**

Al momento de ingerir el alimento, debemos hacerlo con el tiempo necesario y con tranquilidad. En algunas ocasiones, un pedazo de la comida o la ingestión de un objeto puede producir la interrupción del paso del aire a los pulmones (asfixia) es común que los niños pequeños se atoren con bocados de comida.

- No es conveniente hablar cuando masticamos.
- Cortemos los alimentos en trozos pequeños, especialmente si se trata de carne y vegetales muy fibrosos.

- Evitemos masticar huesos.
- Tengamos especial cuidado con frutos pequeños que posean carozos (pepas) grandes.
- Las personas que utilizan prótesis dentarias deben vigilar el buen estado de éstas.

### ¿Que hacemos?

**En adulto:** para que el objeto salga, practicaremos sin demora la maniobra de heimlich, consta de los siguientes pasos.

- Levantamos a la persona por detrás, rodeándola con nuestros brazos, de manera que quede con los brazos y la cabeza colgando.
- Colocamos un puño en su cintura y lo sujetamos con la otra mano en la línea media, entre el ombligo y la cola del esternón.
- Presionamos fuertemente la boca del estomago hacia adentro y hacia arriba. Luego soltamos.
- Repetimos las acciones unas tres veces

### En niño:

- Nos sentamos y colocamos boca abajo sobre nuestros muslos.
- Le palmeamos la espalda, entre los omóplatos, con firmeza pero con cuidado.
- Si no expulsa el objeto repetimos la acción.
- Si el niño es corpulento, actuamos como esta indicado para los adultos.

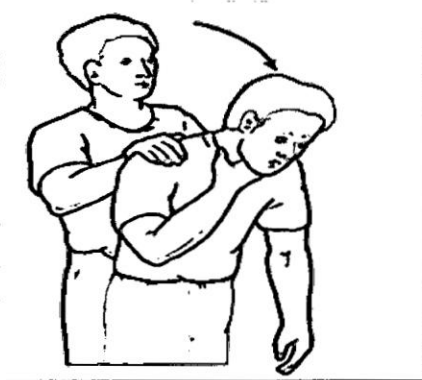
### En un bebe:

- Lo acostamos boca abajo sobre nuestro antebrazo y sostenemos sus hombros y cabeza con una sola mano. La cabeza debe estar mas baja que el cuerpo.
- Con la otra mano, lo damos palmadas firmes pero no con mucha fuerza, entre los omoplatos.

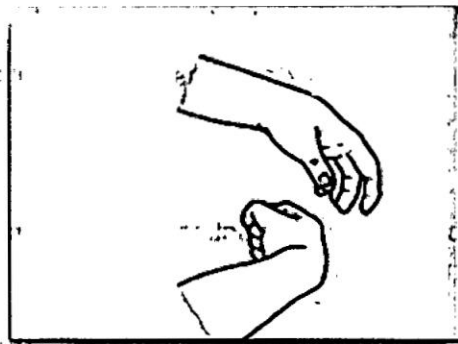
## SIMULACRO.

### En adultos. MANIOBRA DE HEIMLICH.

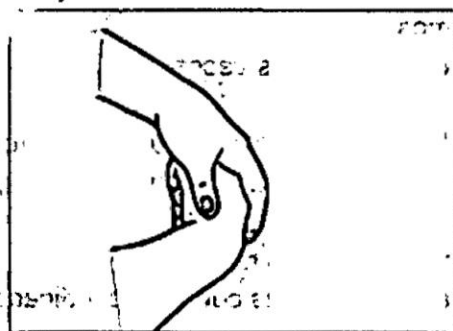
**Paso 1.** Inclinar levemente a la persona hacia delante y parece detrás de él.



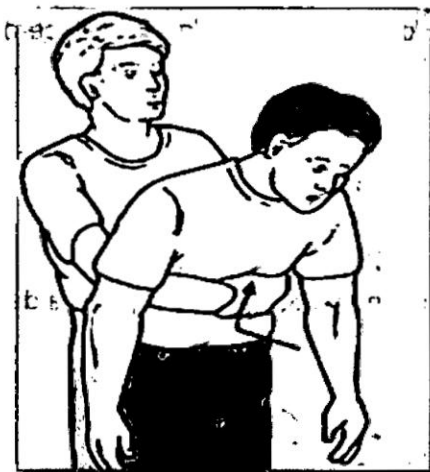
**Paso 2. Hacer puño en la mano.**



**Paso 3. Colocar los brazos alrededor de la persona y apretar el puño con la otra mano cerca de la parte superior del estómago justo debajo de la caja torácica.**



**Paso 4. Hacer un movimiento rápido firme hacia adentro y hacia afuera.**



**EN NIÑOS. Aplicar la misma maniobra de HEIMLICH.**

No se debe presionar con tanta fuerza como para llegar a levantar al niño del suelo:



**EN UN BEBE:**

Colocar la bebe sobre el antebrazo con el estómago hacia abajo y darle 5 golpes en la espalda con la palma de la mano



### **BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS**

En todos los hogares es necesaria e imprescindible la existencia de un sencillo Botiquín. Guardado en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, pero de fácil acceso, puede ayudarnos en momentos en los que alguien sufra un accidente casero, como una quemadura, un corte, una herida, a sanarlo hasta que, en caso de necesidad, llega la asistencia médica.

### Los elementos básicos para un botiquín de primeros auxilios:

- Tiritas de diferentes tamaños
- Gasas estériles
- Esparadrapo
- Vendaje elástico para cubrir lesiones en la muñeca, el tobillo, la rodilla y el codo.
- Tijeras y unas pinzas
- Jabón
- Termómetro
- Una mascarilla de reanimación cardiopulmonar (la puede obtener en la sede local de la Cruz Roja)
- Guantes de plástico
- Algodón estéril
- Manual de primeros auxilios

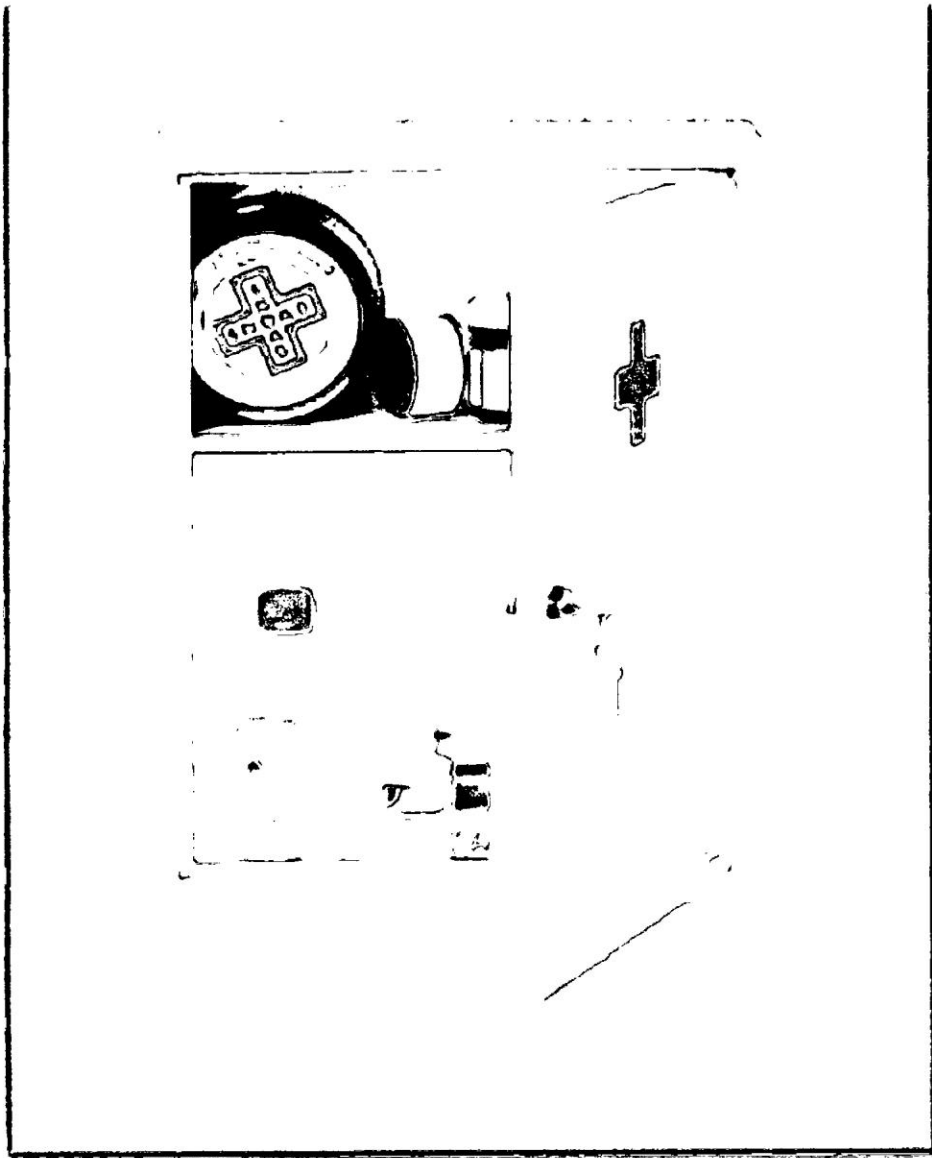
Además, es importante que el botiquín contenga **medicamentos**, que no necesiten receta médica, ya que en su caso, deberá ser su médico el que le establezca la medicación:

- **Analgésicos:** para calmar el dolor debido a algún traumatismo o dolor de cabeza. Siempre se administrará con agua, nunca con café, gaseosa o bebidas alcohólicas. Siempre se deberá leer el prospecto, para saber si tiene alguna incompatibilidad con el medicamento.
- **Antihistamínico:** no es un elemento esencial en cualquier botiquín, sólo en aquellos casos en que en la casa haya personas con reacciones alérgicas graves. Produce somnolencia y no se debe administrar si se está embarazada y nunca tomarlo con alcohol.
- **Sobres de suero oral:** puede ser utilizado en pacientes con quemaduras, deshidrataciones, o incluso hemorragias. Es indispensable

Por otro lado, si se busca hacer un **botiquín para el coche**, además de lo expuesto con anterioridad, deberá añadir simplemente, pastillas para el mareo, de venta en farmacias.

Deberá revisar periódicamente el contenido del botiquín para evitar que haya productos caducados o en mal estado.

El botiquín deberá estar en un lugar seco, fuera de la humedad o el excesivo calor, sino, los medicamentos y el material se irán deteriorando.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Principales indicadores de salud. La Habana: MINSAP, Cuba. 2001.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del MINSAP. Principales causas de muerte de 1–4 años de edad. Cuba. 2004.
3. OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organización Mundial de la Salud, 2012.
4. Loja M. "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Ecuador 2011.
5. Fernández, B. Material didácticos de apoyo para profesionales sanitarios de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid-España 2001.
6. Manual CTO Enfermería. Recomendaciones de RCP del ERC. 2012 5ta edición CTO. Editorial, Madrid. España 2013.
7. Diccionario enciclopédico real academia española. Editorial grupo océano, Barcelona- España 2006.
8. Torres y col. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN 2010; 14(3):368. Cuba
9. Mintegui Raso S. Epidemiología de las intoxicaciones pediátricas. En: Casado Flores J. Cuadernos de urgencia pediátrica en atención primaria. Madrid: Ediciones Ergon, 2012:14.

FOTOS DURANTE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DISTRITO DE QUINUA 2015



**SIMULAGROS LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA**



EVALUACION DESPUES DE LA APLICACION DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY"



**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" DE PROMOCIÓN DE UNA CULTURA PREVENTIVA EN ACCIDENTES DOMÉSTICOS PRE-ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**

Bach. QUISPE PACHECO, Raúl Franklin.  
Bach. CHAVEZ BARRIENTOS, Maritza.

**RESUMEN**

El **Objetivo** fue Determinar la efectividad de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho 2015. Los **Material y métodos:** investigación fue cuantitativa, aplicada, el diseño prospectivo, de corte transversal, pre experimental (prueba / pos prueba, la población estuvo conformada por familias con niños pre-escolares en el seno del hogar y la muestra fue constituida por 10 familias con niños pre escolares muestreo fue no probabilístico intencional. Se utilizó la lista de cotejo, los instrumentos fueron aplicados antes y después de la aplicación del programa. **Resultados:** Los resultados muestran en relación a las practicas sobre prevención de riesgos osteomuscular, dérmico y cardiorrespiratorio, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promovía practicas adecuadas y el 90% promovía practicas inadecuadas, producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas; asimismo en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomuscular, dérmicas y cardiorrespiratorio, antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomuscular, dérmicos, cardiorrespiratorio, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente. **Se concluye** que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectiva en la promoción de prácticas de prevención de riesgos domiciliarios en accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ) y es efectiva en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de

Quinua ( $p < 0.05$ ).

**Palabras clave:** Prevención de riesgos domiciliarios, manejo de accidentes en el hogar, en pre escolares.

**ABSTRACT**

**The objective** was to determine the effectiveness of the implementation of the "ALLIN KAUSAY" program to promote a culture of prevention in pre-school domestic accidents. District of Quinua, Ayacucho 2015. **Methods:** quantitative research was applied, the prospective, cross-sectional, pre experimental (test / post-test, the population consisted of families with pre-school children within the home and The sample consisted of 10 families with children preschool sample was not probabilistic intentional the checklist was used instruments were applied before and after the implementation of the program. **Results.** The results show in relation to the practices of prevention musculoskeletal, dermal and cardiac risk, 100% of the study population before implementing the program promotes adequate 10% 90% practices and promotes bad practices, due to the risk factors after program implementation " ALLIN KAUSAY "70% of the study population have improved musculoskeletal prevention practices, dermal, cardiorespiratory and even 30% show no significant changes or promoted risks; also in relation to the handling of domestic accidents on musculoskeletal, skin and cardiac problems before implementing the program 100% of the study population had poor management; after application of the "ALLIN KAUSAY" program there were significant changes as 50% promoted a good management of domestic accidents musculoskeletal, skin, cardiac, 30% had a regular management and even 20% remains poor management. We conclude that the "ALLIN KAUSAY" program is effective in promoting prevention practices in domestic household accident risks preschool District Quinoa ( $p < 0.05$ ) and is effective in the management of more frequent domestic accidents in pre District -escolares Quinoa ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Prevention of household risks, management of accidents in the home, in preschool.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define un accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocada por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales. Los accidentes o lesiones no intencionales representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte de niños mayores de 1 año y adultos jóvenes en casi todos los países. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad<sup>1</sup>

Mientras más pequeño es un niño son más frecuentes las lesiones dentro del hogar, tales como: caídas, quemaduras en la boca, quemaduras en manos por cable eléctrico, ahogamiento por sumersión, amputación de un dedo o asfixia; según el niño avanza en edad, después de alcanzar la bipedestación y la capacidad de marcha, el riesgo de sufrir otro tipo de lesiones o traumas aumenta y es explicable encontrar además de los tipos previamente mencionados, la ingestión de cuerpos extraños (monedas, juguetes pequeños), caídas de diversa índole, quemaduras por agua en ebullición, quemaduras esofágicas por cáusticos, mordedura por perros en región craneofacial, atropellamiento y recepción de una lesión cuando se viaja en un vehículo en movimiento, que generalmente culmina con traumatismo craneoencefálico, lesión torácica y visceral abdominal<sup>2</sup>.

Además de las defunciones por lesiones no intencionales, decenas de millones de niños requieren atención hospitalaria por lesiones no mortales. Muchos de ellos quedan con algún tipo de discapacidad, a menudo con consecuencias de por vida. Los traumatismos causados por el tránsito y las

caídas están entre las 15 principales causas de la carga de morbilidad mundial en los niños de 0 a 14 años. En lo que atañe a aquellos que sobreviven a las lesiones, la necesidad de atención y rehabilitación y la posibilidad de que sufran discapacidades permanentes pueden tener una gran repercusión en su futuro, salud y educación, así como en su inclusión social y en los medios de subsistencia de sus padres<sup>3</sup>.

Bratschi, afirma que se está trabajando en materia de autoprotección y están más avanzados en los países de China, España, Chile, Cuba, entre otros", en el caso de Chile, que logró minimizar y mitigar los daños ante la ocurrencia de los riesgos domésticos, donde se deduce que los países han tomado medidas de autoprotección preparándose en materia de riesgos, Además de estos países todos, sin excepción deben prepararse para casos de emergencia o desastres independientemente del lugar donde ocurra<sup>4</sup>.

En el Documento Técnico Política Nacional de Salud (MINSAP 2011 – 2020), el Perú suscita mayor porcentaje de la mortalidad por falta de una adecuada planeación, intervención inmediata para enfrentar una situación de emergencia provocada por accidentes domésticos y esto pone en mayor riesgo nuestras vidas y nuestro patrimonio<sup>5</sup>.

En la Región de Ayacucho el sistema de atención de emergencias domésticas fundamentalmente se provee a través de los servicios de salud en los diferentes niveles de establecimientos de salud; en la cual ante un inminente u ocurrencia de riesgo y accidente domésticos las familias no están adecuadamente preparados para responder y mitigar las probabilidades de muerte en la población vulnerable; como también la limitada intervención del estado y la falta de interés de la población en el cuidado de su salud refleja directamente en una débil cultura preventiva de accidentes domésticos, encaminado negativamente en

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública. Principales indicadores de salud. La Habana: MINSAP, Cuba 2001.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del MINSAP. Principales causas de muerte de 1-4 años de edad. Cuba 2004.

<sup>3</sup> OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>4</sup> Bratschi. Colaboradora permanente de UNISDR (Oficina de las Naciones Unidas para la reducción de riesgos de desastres. 2010)

<sup>5</sup> MINSAP. Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020: Documento técnico (R.M. Nº 258-2011/MINSAP) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental – Lima: Ministerio de Salud; 2011.

el incremento de discapacidades, muertes por falta de una acción oportuna ante los accidentes suscitados.

La forma de condiciones de vida que llevan las familias en el Distrito de Quinua pone en riesgo la integridad de sus miembros, donde los niños pre escolares son los más vulnerables, quienes tienen mayor riesgo a presentar accidentes domésticos que conllevan a la discapacidad y/o muerte; entre las practicas que conllevan a los riesgos domésticos identificados tenemos: escaleras sin barandas, inadecuada instalación eléctrica en domicilios, superficies inadecuadas, ambientes con poca iluminación, inadecuado almacenamiento de productos químicos y objetos de menor tamaño, que son las causas que conllevan a la alta incidencia de accidentes domésticos en pre-escolares, estos riesgos domésticos muchas veces no son considerados como riesgo prioritario para la familia, notándose en un descuido en la prevención de accidentes domésticos; por tanto es necesario la sensibilización a través de la aplicación de un programa a fin de reducir los mencionados riesgos.

No existe un programa de intervención preventivo desde los procesos de sensibilización de las familias en controlar los riesgos domiciliarios y el manejo de las emergencias más frecuentes en los senos de los hogares, por lo tanto es indispensable promover un programa de cultura preventiva ante accidentes domésticos con un enfoque familiar y una buena intervención con la participación de la familia como eje principal para la prevención de daños y riesgos ante accidentes domésticos en pre-escolares, teniendo en cuenta los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos de la población. La propuesta del programa está centrada en sesiones educativas familiares individualizadas y la aplicación de técnicas de simulacros con sesiones demostrativas y re-demostrativas.

Por tal razón, se propuso la investigación titulada "Efectividad de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" de promoción de una cultura preventiva en accidentes

domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015"; **se propuso como objetivo General:** Determinar la efectividad de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" de promoción de una cultura preventiva en accidentes domésticos pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015. Siendo los objetivos específicos:

- Evaluar las prácticas en prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, en las familias, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Evaluar el manejo de accidentes domésticos en lesiones osteomuscular, dérmicos y cardiorrespiratorios más frecuentes en pre-escolares, antes de la aplicación del programa. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Aplicar un programa preventivo "ALLIN KAUSAY" para reducción de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos pre-escolares en las familias. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Evaluar las prácticas en prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, en las familias, después de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY". Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.
- Evaluar el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares después de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY". Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

La hipótesis propuesta fue; El Programa "ALLIN KAUSAY" de prevención de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos es efectivo en la prevención y manejo de accidentes en las familias de pre-escolares. Distrito de Quinua, Ayacucho-2015.

Los resultados muestran en relación a las practicas sobre prevención de riesgo osteomuscular, dérmico y

cardiorrespiratorio, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promueve prácticas adecuadas y el 90% promueve prácticas inadecuadas, producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas; asimismo en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares, dérmicos y cardiorrespiratorio, antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomuscular, dérmicos, cardiorrespiratorio, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente. Se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectiva en la promoción de prácticas de prevención de riesgos domiciliarios en accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ) y es efectiva en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de Quinua ( $p < 0.05$ ).

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción; Revisión de la Literatura, Resultados y Discusión; Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

#### 1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Al revisar la literatura correspondiente, se han encontrado las siguientes investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y regional.

Córdova y Day (2014). En la tesis titulada "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas

Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador; concluye en lo siguiente: de 184 niños que presentaron accidentes en el hogar, de ellos el 28.9% son de 2 a 3 años, los accidentes más comunes son las traumas con un 63.6%. Los accidentes en el hogar la causa más frecuente fue el piso con un 38.0% seguido por el mobiliario con un 29.3 %. El 98.4 % de los niños no se quedaron en el hospital y el 0.5 % se quedaron hospitalizados en los servicios de emergencia y cirugía pediátrica por un tiempo de 15 días, de ellos el 91.8% se han recuperado totalmente y no tienen ningún tipo de discapacidad y el 7.1 % no se han recuperado totalmente y no tienen ningún tipo de discapacidad y el 7.1 % no se han recuperado totalmente dejando así secuelas durante toda su vida<sup>6</sup>.

Loja M. (2011) En la tesis titulada "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador. Escuela Superior Politécnico de Chimborazo; concluye que los niños menores de la casa tienen un riesgo del 55% de sufrir una caída, ocasionase un golpe en cualquier parte de su cuerpo ya que muchos de ellos son influenciados por los dibujos animados de la televisión y por lo tanto imitan juegos y movimientos peligrosos que atenta contra su integridad física. Los accidentes de mayor riesgo de los niños y niñas fueron por quemaduras en un 41% que ocurrieron en la cocina, estos se dieron sin la presencia de un adulto produciéndolos un daño psicológico y físico para toda su vida. Con la utilización del manual de prevención de accidentes domésticos se logró concientizar a los niños y niñas que todo tipo de accidentes se puede prevenir siempre y cuando adoptemos las normas de prevención para poder hacer de nuestro hogar un lugar seguro<sup>7</sup>.

Cuñá R. (2012). En la investigación titulada: "Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León". Epidemiología y análisis cronobiológico de 10933 casos. 2012. Valladolid-España. Concluyen que los accidentes infantiles predominan en el sexo masculino, tanto de forma global como en función de los diferentes tipos de accidente, con la excepción de las intoxicaciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Los accidentes

<sup>6</sup> Córdova y Day. "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador 2014.

Loja M. "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador 2011.

infantiles son más frecuentes en los 2 primeros años de vida. El tipo de accidente más frecuente es el traumatismo. Los accidentes relacionados con intoxicaciones, ingesta-inhalación de cuerpos extraños y quemaduras, se producen mayoritariamente en el hogar, de ahí que la familia sea en ellos el alterante que genera más llamadas al Servicio de Emergencias Sanitarias. En los demás tipos de accidente, el alterante se encuentra en el entorno inespecífico en que sucede. En una valoración de conjunto se observa que, los accidentes son más prevalentes en horas, días y mes o estación que corresponden a momentos de estancia en el hogar, recreo, ocio y/o vacaciones, en los que la potencial tutela corresponde preferentemente al entorno familiar. Algunos datos, derivados de los diferentes tipos estudiados, plantean la conveniencia de enfatizar sobre necesidades de prevención específica y adaptada a tales tipos, especialmente cuando el riesgo de muerte o lesión grave es patente, como los accidentes de tráfico. Y, secundariamente, algunos otros como puede ser el ejemplo de los relacionados con carritos de la compra<sup>8</sup>.

Villarroel. N (2010). En la tesis titulada, "Programa de Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Postgrado Integrado en Seguridad Social, concluye en lo siguiente: Un alto porcentaje (75%) manifiesta escasos conocimientos en materia de prevención, sin embargo expresan sus deseos de conocer los mecanismos que pudieran ayudarlos a evitar accidentes domésticos. Más de la mitad de la muestra consultada (informales) afirma haber sufrido algún tipo de accidente domésticos en el último año. Los aspectos relativos a la seguridad social y a la prevención en accidentes domésticos arrojaron como principales resultados un desconocimiento absoluto sobre una cultura preventiva en accidentes domésticos; asimismo manifiestan poco interés por una seguridad social<sup>9</sup>.

De igual forma la Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que las lesiones y la violencia son una de las principales causas de

muerte infantil en todo el mundo, y provocan cada año cerca de 950 000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años; es decir, cada hora mueren innecesariamente más de 100 niños. Las lesiones no intencionales representan casi el 90% de estos casos. Los traumatismos causados por el tránsito son, de por sí, la principal causa de defunción entre los 15 y 19 años, y la segunda causa en los niños de 5 a 14 años. Además de las defunciones por lesiones no intencionales, decenas de millones de niños requieren atención hospitalaria por lesiones no mortales. Muchos de ellos quedan con algún tipo de discapacidad, a menudo con consecuencias de por vida. Los traumatismos causados por el tránsito y las caídas están entre las 15 principales causas de la carga de morbilidad mundial en los niños de 0 a 14 años. En lo que atañe a aquellos que sobreviven a las lesiones, la necesidad de atención y rehabilitación y la posibilidad de que sufran discapacidades permanentes pueden tener una gran repercusión en su futuro, salud y educación, así como en su inclusión social y en los medios de subsistencia de sus padres<sup>9</sup>.

Minchola A. (2011) en su tesis titulada "accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. Concluye en la siguiente, Las caídas ocupan un lugar preponderante en los accidentes que ocurren en el hogar, en particular en los niños menores de 1 año y de 1 a 3 años de edad. Las quemaduras ocupan el segundo lugar y se deben sobre todo al agua caliente y al fuego. El grupo de mayor riesgo son los niños de 1 a 3 años. Las intoxicaciones se presentan en tercer lugar y ocurren con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años. La causa principal de intoxicación es por ingestión de kerosene, seguida por la ingestión de lejía y detergentes. Las cortaduras se producen más en los niños de 3 a 5 años, en especial por el manejo de cuchillos, navajas y vidrios, y en menor porcentaje por instrumentos punzantes. Las asfixias se deben básicamente a la introducción de objetos extraños en la boca o la nariz, como monedas y papel, y se presentan con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años.

El alto porcentaje de accidentes que se producen en el hogar en niños menores de cinco años ocurren en barrios marginados, donde las familias tienen escasa instrucción y desconocen las medidas de seguridad en el hogar: esto guarda una estrecha relación con la situación

<sup>8</sup> Cuña R. Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de castilla y león. Epidemiología y análisis cronobiológico de 10.933 casos. Valladolid. 2012

<sup>9</sup> Villarroel. N. en la tesis titulada, "Programa De Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Venezuela. Universidad Central de Venezuela 2010.

socioeconómica de la familia, y con la poca accesibilidad a los servicios de salud<sup>10</sup>.

Bautista. E. (1998) en su tesis titulada "accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho". Las quemaduras, las fracturas y TEC constituyen las accidentes más frecuentes en el hogar y representa el 82.8% del total de accidentes; el sexo del niño no constituye un factor determinante de los accidentes sin embargo influye del tipo de accidente que puede sufrir; el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que provienen de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de fracturas en 30.8% y 20.7% de niños que sufrieron quemaduras<sup>11</sup>.

Hinostroza. C. (2011) en su tesis titulada "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" los tipos de accidentes que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Lesiones o heridas 56.0%, seguido de Quemaduras y/o Electrocutamiento 22.0%, Intoxicaciones 14.0% y Mordeduras 8.0%; el grado de severidad de los accidentes domésticos presentadas por los pre-escolares son moderadas 72.0% y grave 28.0%; en cuanto al factor de riesgo físico, las escaleras no protegidas son las que produjeron mayores lesiones con 26.0%, en factor de riesgo Químico, el acceso de fósforos y objetos calientes causaron Quemaduras<sup>12</sup>.

Cordero N. Y Bejar J. (2014). En la tesis titulada "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento y Actitudes de la Madres de pre-escolares sobre la prevención de accidentes domésticos. Asociación Guamán Poma de Ayala. Ayacucho". Se identificó que el 70% tuvieron una actitud desfavorable y el 30% actitud favorable en el manejo de accidentes domésticos. Después de la aplicación del programa el 55% continúan con una actitud favorable y el 45 % con actitud desfavorable en el manejo de accidentes domésticos; el programa "Infancia Segura" tiene un efecto positivo en el incremento del conocimiento sobre prevención y manejo de accidentes domésticos, del 10% de conocimiento

bueno antes de la aplicación del programa a 60 % después de la aplicación del programa<sup>13</sup>.

## MATERIALES Y METODOS

### 2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cuantitativa, aplicada; cuyo propósito fue dar solución a situaciones o problemas concretos e identificables, parte del conocimiento generado por la investigación básica.

### 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Prospectivo: Se diseña y comienza a realizarse en el presente y los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo, en el futuro.

Longitudinal: Porque los datos e información son recolectados en diversos momentos, permitiendo el seguimiento de familias participantes a través del tiempo.

Pre experimental: pre prueba/pos prueba con un solo grupo; porque considera dos mediciones de la variable dependiente antes y después de la presencia de la variable independiente.

$G \quad O_1 \quad X \quad O_2$

Dónde:

G= Grupo de estudio: Familias de niños pre escolares.

O<sub>1</sub>=Prueba previa: Evaluación de riesgo y manejo de accidentes.

X= Estimulo o tratamiento: Programa "ALLIN KAUSAY".

O<sub>2</sub>= Prueba posterior al estímulo: Evaluación de riesgo y manejo de accidentes.

### 2.3. ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la zona urbana del Distrito de Quinua, Se encuentra ubicado a 34 Km al Nor - Este de la ciudad de Ayacucho.

<sup>10</sup> Minchoia A. "accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. 2011.

<sup>11</sup> Bautista E. "Accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho" 1998.

<sup>12</sup> Hinostroza C. "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" 2011.

<sup>13</sup> Cordero N. y Béjar .J. "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento y Actitudes de la Madres de pre-escolares sobre la prevención de accidentes domésticos. Asociación Guamán Poma de Ayala. Ayacucho" 2014

## 2.4. POBLACIÓN

Está constituido por una población censal.

## 2.5. MUESTRA

La muestra fue constituida por 10 familias de la población censal con niños pre-escolares.

## 2.6. CRITERIOS DE INCLUSION

Familias con niños en edad pre escolar que deseen participar en el estudio.

## 2.7. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Familias con niños en edad pre escolar que no deseen participar en el estudio.
- Familias que no tengan hijos en edad pre escolar.

## 2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la lista de cotejo y la ficha de evaluación, con el propósito de obtener datos de fuentes directas, los instrumentos fueron aplicados antes y después de la aplicación del programa.

## 2.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN

A través de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, se solicitó la autorización correspondiente a la Municipalidad Distrital de Quinua que nos permitió establecer la relación con las familias para obtener la información y la aplicación del Programa utilizándose la guía de observación (lista de cotejo), revisión documental y la ficha de evaluación de manejo de accidentes domésticos a través de simulacros permanentes durante la ejecución de la investigación.

## 2.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

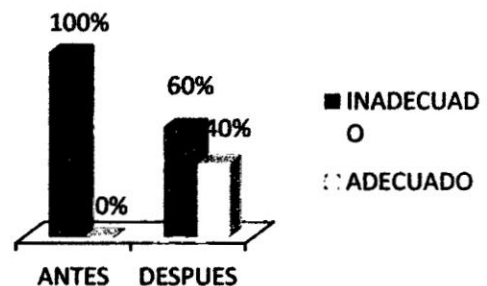
Los resultados de las evaluaciones antes y después de la aplicación del Programa fueron procesados utilizando el programa Excel y el software estadístico SPSS

versión 20. Los datos son presentados en tablas estadísticas simples y compuestas, así como en gráficos para una mejor interpretación. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba de t de student que es una prueba paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas; la que nos permitió comparar dos mediciones de puntuaciones (antes y después), permitiendo identificar que las diferencias sean estadísticamente significativa.

## RESULTADOS

GRAFICO N° 01

**PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015**



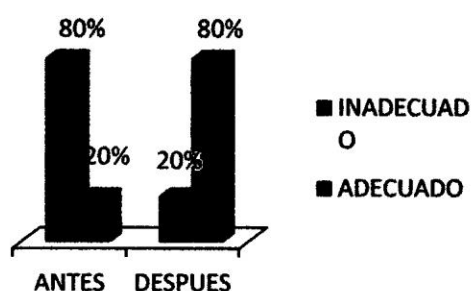
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 01 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo osteomusculares , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 100% promovían practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a caídas producto de los factores de riesgo como: pisos con desnivel, pisos húmedos, escaleras sin barandas, altura inadecuada de las barandas, peldaños con alturas inadecuadas y con ambientes no iluminadas; luego de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 40% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares y aun el 60% muestran o promovieron cambios no significativas.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa "ALLIN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

GRAFICO N° 02

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO DERMICOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015



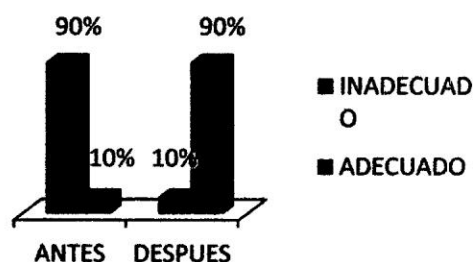
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 02 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo dérmico , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 20% promovían practicas adecuadas y el 80% realizaban practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a quemaduras producto de los factores de riesgo como: altura inadecuada de la cocina, uso de recipientes sin asas o mangos, inadecuada ubicación de objetos calientes, instalaciones defectuosas, cables pelados, inadecuada protección de los agujeros del interruptor, etc. Luego de la aplicación del programa el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos dérmico y aun el 20% muestran o promovieron cambios no significativos.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa "ALLIN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

GRAFICO 03

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIO RESPIRATORIO EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015



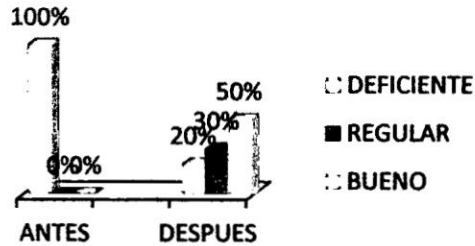
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 03 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo cardiorrespiratorio , del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 10% promovían practicas adecuadas y el 90% promueve practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a atragantamientos, asfixia e intoxicación producto de los factores de riesgo como: inadecuada almacenamiento de objetos de menor tamaño(botones, alfileres, canicas), inadecuado almacenamiento de los medicamentos, inadecuado almacenamiento de insecticidas y productos tóxicos, etc.; luego de la aplicación del programa el 90% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos cardiorrespiratorios y aun el 10% muestran o promovieron cambios no significativas.

La prueba de t de student nos permitió identificar que el programa "ALLIN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

GRAFICO N° 04

MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS SOBRE PROBLEMAS OSTEOMUSCULAR EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015



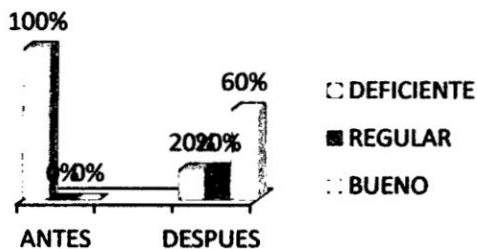
Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 04 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares (fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomusculares, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa "ALLYN KAUSAY" fue efectivo antes y después de aplicación del programa. ( $p < 0.05$ ).

GRAFICO N° 05

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN PROBLEMAS DÉRMICOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**



Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

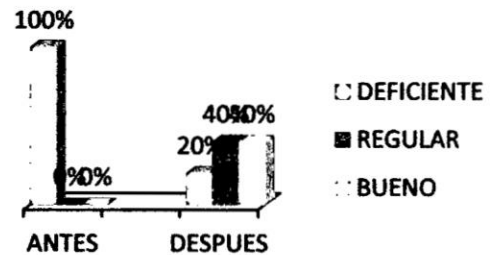
En el grafico N° 05 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas dérmicos (quemaduras y electrocución), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 60% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos dérmicos, el 20% tuvo un manejo

regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa "ALLYN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa. ( $p < 0.05$ )

GRAFICO N° 06

**MANEJO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN PROBLEMAS CARDIORRESPIRATORIOS EN LA POBLACION PRE-ESCOLARES, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY". DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**



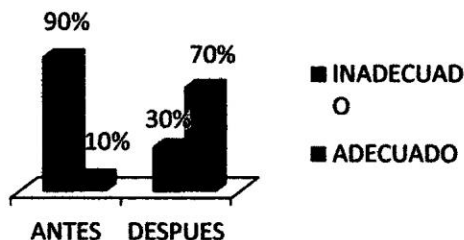
Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 06 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 40% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos cardiorrespiratorio, el 40% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student nos permitió comprobar que el programa "ALLYN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ )

GRAFICO N° 07

**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" EN PREVENCIÓN DE RIESGOS DOMICILIARIOS EN LA POBLACION PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.**



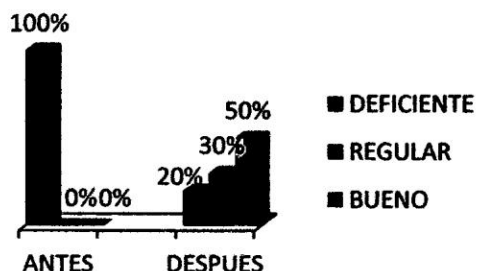
Fuente: Ficha de cotejo administrado en las familias.

Según el gráfico N° 07 en relación a las practicas sobre prevención de riesgo osteomuscular, dérmico y cardiopulmonar, del 100% de la población en estudio, antes de la aplicación del programa el 10% promovían practicas adecuadas y el 90% promueve practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas, quemaduras, electrocución, atragantamientos, asfixia e intoxicación; producto de los factores de riesgo; luego de la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomuscular, dérmico, cardiopulmonares y aun el 30% muestran o promovieron cambios no significativas.

La prueba de t de student permite verificar estadísticamente que el programa "ALLYN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

GRAFICO N° 08

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA "ALLIN KAUSAY" EN EL MANEJO DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN LA POBLACION PRE ESCOLARES. DISTRITO DE QUINUA, AYACUCHO-2015.



Fuente: Ficha de evaluación administrado en las familias.

En el grafico N° 08 En relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares(fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y

electrocución) cardiopulmonar (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), antes de la aplicación del programa el 100% de la población en estudio tenían un manejo deficiente; posterior a la aplicación del programa "ALLIN KAUSAY" hubo cambios notables como: el 50% promovió un manejo bueno de accidentes domésticos osteomusculares, dérmicos, cardiopulmonar, el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente.

La prueba de t de student permite comprobar estadísticamente que el programa "ALLIN KAUSAY" fue efectivo después de la aplicación del programa ( $p < 0.05$ ).

## DISCUSION

La Organización Mundial de Salud<sup>3</sup>. Las lesiones no intencionales son una de las causas de muerte exógena y por tanto, vulnerables a las actuaciones preventivas de las políticas de salud; no obstante, el éxito en su control está lejos de lograrse y aún parece que es un mal inherente al desarrollo y la tecnificación y constituyen la primera causa de muerte para las edades entre 1 y 19 años. Después de la etapa de recién nacido y de lactante, el niño de 1 a 4 años es el más susceptible a los cambios desfavorables del medioambiente; Incluso se plantea que cuando las tasas de mortalidad infantil de niños menores de 1 año en un país están muy bajas, como las de Cuba, la mortalidad de los niños de 1 a 4 años es un mejor indicador del nivel de desarrollo alcanzado por dicho país y de la relación entre medioambiente y salud.

Cordova y Day<sup>6</sup>. En su estudio menciona que en los accidentes se destacan tres elementos básicos: sujeto susceptible, medioambiente físico y humano favorable y agentes que lo provocan. Los accidentes con desenlace mortal frecuentemente son: accidentes de tráfico, ya sea como consecuencia de atropellos o de colisión, asfixias, bajo el agua o producida por objetos diversos (por tragar elementos pequeños, bolsas de plástico, cordones en el cuello) caídas, particularmente desde ventanas o terrazas desprotegidas, así como desde los árboles (40 % de frecuencia), intoxicaciones, sobre todo de productos de uso en el hogar (10 % de frecuencia). Las estadísticas también demuestran que es en sus casas donde niños y niñas de hasta 4 años de edad, sufren los accidentes en mayor medida; actualmente los niños crecen rodeados de fuentes de peligro que hace unas décadas no existían (aparatos eléctricos, automóviles, entre otros) y con

frecuencia pasan muchos ratos solos o con escasa vigilancia. Es importante saber que del total de accidentes en la infancia, 54% ocurren en el hogar.

Loja M<sup>7</sup>. En su estudio identifica el desconocimiento de prácticas de prevención de accidentes por parte de los progenitores de los niños pre escolares, lo que conlleva a incrementarse el riesgo de accidentes dentro del hogar con resultados funestos, ya sea por caídas, intoxicaciones, tragar elementos pequeños entre otros.

Yones y Rajs<sup>17</sup>. En su estudio da a conocer que al encontrarse algunos productos al alcance de los niños en el propio hogar, en lugares de recreación y en la misma vía pública como el uso de juguetes con piezas pequeñas, fácilmente manipulables por ellos, con riesgo de introducción a fosas nasales, oídos y peor aún, aspiración bronquial, representan mucho peligro. Los productos de limpieza, detergentes, volátiles (keroseno, gasolina, alcohol) son de mucho riesgo para el núcleo familiar, producen quemaduras con secuelas físicas y psicológicas de por vida, si es que no se llega a la muerte, por lo cual dichos productos deben ser almacenados en lugares seguros y fuera del hogar.

Mintegui Raso<sup>16</sup>. Manifiesta que; peculiarmente los preescolares son curiosos, suben rejas, ventanas, escaleras, vierten ollas, abren frascos, beben lo que le parece, inspeccionan su anatomía y los orificios naturales y alojan en ellos cuerpos extraños. Los atraen objetos brillantes como latas, cuchillos, fuego, entre otros.

Jordan y Valdes<sup>17</sup>. En su estudio nos menciona que las necesidades únicas y reales de los niños pueden atenderse mediante los principios básicos que constituyen la base de la mayoría de los programas de prevención de lesiones que se han aplicado satisfactoriamente en todo el mundo. Los mayores avances en la reducción de la carga de lesiones de los niños han tenido lugar en los países que usan una amplia combinación de estrategias, además de promover una cultura de la seguridad y de mostrar un compromiso político firme. Cada una de estas estrategias de amplias miras se ha aplicado en diferentes áreas relacionadas con las lesiones en los niños y se han creado estrategias de prevención específicas, muchas de las cuales han resultado ser eficaces en la reducción de las lesiones o son muy prometedoras.

La Convención sobre los Derechos del Niño, menciona que ha marcado un hito y ha sido ratificada por casi todos los países del mundo, se

afirma que todos los niños tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, al abrigo de las lesiones y de la violencia. Se declara además que las instituciones, los servicios y los establecimientos responsables de la atención o la protección de los niños deben ajustarse a las normas establecidas, en particular en los ámbitos de la seguridad y la salud. No resulta fácil proteger estos derechos en todas partes, pero esto puede lograrse mediante medidas concertadas. Los niños están expuestos a peligros y riesgos en el día a día, y en todas partes son vulnerables a los mismos tipos de lesiones. Sin embargo, los entornos físicos, sociales, culturales, políticos y económicos en los que viven difieren enormemente, por lo que el entorno particular de cada niño es muy importante. Por ello la importancia de que los padres tengan acceso a la información y educación que fortalezca conocimientos y habilidades en la atención de accidentes y urgencias que ocurran dentro del hogar hasta que el niño sea atendido por especialistas; el presente estudio demuestra la efectividad de un programa educativo en el incremento y mejora del conocimiento y práctica de abordaje de accidentes en el hogar.

**En el gráfico N° 01.** Mediante la presente investigación, antes de la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que las prácticas sobre prevención de riesgo osteomusculares; el 100% promovían prácticas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a caídas producto de los factores de riesgos existentes como: pisos con desnivel, pisos húmedos, escaleras sin barandas, altura inadecuada de las barandas, peldaños con alturas inadecuadas, ambientes no iluminadas que son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil; después de la aplicación del programa estas cifras se acomodaron de la siguiente manera el 40% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares y aun el 60% muestran cambios no significativos

Al contrastar con el autor Córdova y Day<sup>6</sup> de 184 niños en estudio presentaron accidentes en el hogar, de ellos el 28.9% son de 2 a 3 años; entre los accidentes más comunes son traumas con un 63.6%; de las cuales la causa más frecuente fue las condiciones inadecuadas del piso con un 38.0%, seguido por las condiciones del mobiliario con un 29.3 %.

Asimismo Loja M<sup>7</sup>. Menciona que los niños menores de la casa tienen un riesgo del 55% de sufrir una caída particularmente desde ventanas o terrazas desprotegidas, ocasionándose un golpe en cualquier parte de su cuerpo ya que muchos de ellos son influenciados por los dibujos animados de la televisión y por lo tanto imitan juegos y movimientos peligrosos que atenta contra su integridad física.

Bautista E. Menciona el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que provienen de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de fracturas en 30.8%.

Las familias de zona urbana del distrito quinua presentan mayor riesgos osteomusculares por presentar sus casas por material rustico en lo cual encontramos pisos con superficies inadecuadas, escaleras hechas de maderas ventanas desprotegidas, las cuales son un riesgo de presentar caídas. Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados. Se concluye que el Programa "Allin Kausay" mejora las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares.

En el grafico 02. Mediante la presente investigación antes de la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que en relación a las practicas sobre prevención de riesgo dérmico el 20% promovían practicas adecuadas y el 80% realizaban practicas inadecuadas, es decir estuvieron expuestas a quemaduras producto de los factores de riesgo como: altura inadecuada de la cocina, uso de recipientes sin asas o mangos, inadecuada ubicación de objetos calientes, instalaciones defectuosas, cables pelados, inadecuada protección de los agujeros del interruptor, etc. Que son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil, después de la aplicación del programa estas cifras se acomodaron de la siguiente manera: el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de riesgo dérmico y aun un 20 % muestran cambios no significativos.

Loja M<sup>7</sup> de 150 niños en estudio presentaron accidentes en el hogar, de ellos los accidentes de mayor riesgo de los niños y niñas fueron por quemaduras en un 41% que ocurrieron en la cocina, estos se dieron sin la presencia de un adulto produciéndolos un daño psicológico y físico para toda su vida.

Minchola A<sup>10</sup>. Menciona que las quemaduras ocupan el segundo lugar y se deben sobre todo al agua caliente y al fuego. El grupo de mayor riesgo son los niños de 1 a 3 años.

Bautista. E<sup>11</sup>. en su estudio encontró que el mayor porcentaje de accidentes en el hogar se presenta en niños que provienen de las zonas urbanas y periurbanas con predominio de 20.7% de niños que sufrieron quemaduras.

Las condiciones en la que viven las familias en zona urbana del distrito de quinua, presentan mayores riesgos de producir quemaduras y electrocuciones por instalaciones y ubicaciones inadecuadas tanto en la cocina y fluido eléctrico, por tanto los niños pre-escolares presentan mayor probabilidad de sufrir accidentes domésticos. Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

En el gráfico N° 03. Mediante la presente investigación ante la aplicación del programa Allin Kausay se encontró que en relación a las practicas sobre prevención de riesgo cardiorrespiratorio del 100% de la población en estudio, el 10% promovía practicas adecuadas y el 90% promovía practicas inadecuadas, producto de los factores de riesgos existentes como: inadecuada almacenamiento de objetos de menor tamaño (botones, alfileres, canicas), inadecuado almacenamiento de los medicamentos, inadecuado almacenamiento de insecticidas y productos tóxicos, etc. Las cuales son causas principales de accidentes domésticos en los niños pre escolares; donde la familia desconoce de las formas de prevención de accidentes; esta limitación podría incrementar las tasas de mortalidad infantil, después de la aplicación del programa esta cifra se acomodaron de la siguiente manera el 80% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgo dérmico y aun el 20% muestran cambios no significativos.

Cuñá R<sup>8</sup>. En su estudio encontró que en los accidentes infantiles predominan en el sexo masculino, tanto de forma global como en función de los diferentes tipos de accidente, con la excepción de las intoxicaciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Los accidentes infantiles son más frecuentes en los 2 a 3 primeros años de vida.

Minchola A<sup>10</sup>. Menciona que las intoxicaciones se presentan en tercer lugar y ocurren con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años. La causa

principal de intoxicación es por ingestión de kerosene, seguida por la ingestión de lejía y detergentes; las asfixias se deben básicamente a la introducción de objetos extraños en la boca o la nariz, como monedas y papel, y se presentan con mayor frecuencia en los niños de 1 a 3 años.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

**En los gráficos N° 04, 05, 06.** Mediante la presente investigación, se ha identificado, antes de la aplicación del programa Allin Kausay, que en relación al manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares (fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y electrocución) cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), el 100% de la población en estudio promovían un manejo deficiente en las intervenciones ante accidentes domésticos, después de la aplicación del programa el 50% promovió un manejo bueno, 30% regular y 20% deficiente; en el manejo de accidentes domésticos dérmicos, el 60% promovió un manejo bueno, 20% regular y 20% deficiente; en el manejo de accidentes domésticos cardiorrespiratorios, el 40% promovió un manejo bueno, 40% regular y 20% deficiente.

Cordero. N. y Bejar .J. En su estudio identificó que el 70% tuvieron una actitud desfavorable y el 30% actitud favorable en el manejo de accidentes domésticos. Después de la aplicación del programa el 55% continúan con una actitud favorable y el 45 % con actitud desfavorable en el manejo de accidentes domésticos; el programa aplicado a las madres tiene un efecto positivo en el incremento del conocimiento sobre prevención y manejo de accidentes domésticos, demostrando el incremento del conocimiento del 10% de conocimiento bueno antes de la aplicación del programa a 60% después de la aplicación del programa.

**En el grafico N° 07.** Mediante la presente investigación se ha identificado que el Programa educativo aplicado es efectivo en la mejora de prácticas preventivas para disminuir y/o evitar los factores de riesgo de morbilidad o mortalidad para el niño pre escolar ya que los resultados muestran que el 70% de la población en estudio han mejorado las prácticas de prevención de riesgos osteomusculares, dérmico, cardiorrespiratorios y aun el 30% mostraron o promovieron cambios no significativas.

Loja M<sup>7</sup>. Menciona que con la utilización del manual de prevención de accidentes domésticos se logró concientizar a los niños y padres que todo tipo de accidentes se puede prevenir siempre y cuando adoptemos las normas de prevención para poder hacer de nuestro hogar un lugar seguro.

Jordan y Valdes<sup>17</sup>. En su estudio nos menciona que los mayores avances en la reducción de la carga de lesiones de los niños han tenido lugar en los países que usan una amplia combinación de estrategias, además de promover una cultura de la seguridad y de mostrar un compromiso político firme. Cada una de estas estrategias de amplias miras se ha aplicado en diferentes áreas relacionadas con las lesiones en los niños y se han creado estrategias de prevención específicas, muchas de las cuales han resultado ser eficaces en la reducción de las lesiones o son muy prometedoras.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados.

**En el gráfico N° 08.** Mediante la presente investigación se ha identificado la efectividad del programa educativo utilizado en las prácticas de manejo de accidentes en menores por parte de las familias; es así, que los resultados muestran que del 100% de la población en estudio, el 50% promovieron un buen manejo de accidentes domésticos sobre problemas osteomusculares(fracturas, luxaciones, heridas, hemorragias externas) dérmicas (quemaduras y electrocución) cardiorrespiratorio (atragantamiento, asfixia, intoxicaciones), el 30% tuvo un manejo regular y aun al 20% mantiene un manejo deficiente por tanto el programa permite disminuir las lesiones que son causa principal de muerte y discapacidad en los niños pre escolares.

Loja M<sup>7</sup>. Refiere que los padres participantes han aprendido estrategias que implementadas mejorarán la calidad de vida en el hogar y también la de sus niños menores, este aprendizaje ha sido efectivo.

La Convención sobre los Derechos del Niño; menciona que los entornos físicos, sociales, culturales, políticos y económicos en los que viven difieren enormemente, por lo que el entorno particular de cada niño es muy importante. Por ello la importancia de que los padres tengan acceso a la información, fortalezcan conocimientos y habilidades en la atención de

accidentes y urgencias que ocurran dentro del hogar hasta que el niño sea atendido por especialistas.

Por tanto los hallazgos encontrados en nuestro estudio coinciden y tienen relación con los resultados encontrados por los autores mencionados ya que el presente estudio demuestra la efectividad de un programa educativo en el incremento y mejora del conocimiento y practica de abordaje de accidentes en el hogar.

La forma de condiciones de vida que llevan las familias en el Distrito de Quinua pone en riesgo la integridad de sus miembros, donde los niños pre escolares son los más vulnerables, quienes tienen mayor riesgo a presentar accidentes domésticos que conllevan a la discapacidad y/o muerte; entre las practicas que conllevan a los riesgos domésticos identificados tenemos: escaleras sin barandas, inadecuada instalación eléctrica en domicilios, superficies inadecuadas, ambientes con poca iluminación, inadecuado almacenamiento de productos químicos y objetos de menor tamaño, que son las causas que conllevan a la alta incidencia de accidentes domésticos pre-escolares, estos riesgos domésticos muchas veces no son considerados como riesgo prioritario para la familia, notándose en un descuido en la prevención de accidentes domésticos; por tanto fue necesario la sensibilización a través de la aplicación de un programa a fin de reducir los mencionados riesgos.

La propuesta de la elaboración de un programa de prevención de riegos domiciliarios de accidentes domésticos en familias con niños pre escolares se realizó como parte de la tesis, teniendo en cuenta que como profesional de Enfermería es importante prevenir antes que tener que curar; ya que existe una idea muy extendida de que los accidentes ocurren por casualidad y son inevitables. Los padres deben acostumbrarse a mirar el hogar desde el punto de vista de los niños y así podrán eliminar los peligros por tanto se llegó a priorizar a las familias con niños pre escolares que nos brindan elementos para leer realidades en diferentes contextos de desarrollo es decir, nos posibilitan deslumbrar las estructuras de la aplicación del programa y el manejo de la comunicación en dar

soluciones hacia las ocurrencias en un accidente doméstico.

La prueba estadística utilizada (t de student) nos permite comprobar en cuanto a la efectividad del Programa "ALLIN KAUSAY" para mejorar las prácticas en prevención de riesgos de accidentes en pre-escolares del Distrito de Quinua, en las familias, hubo mejora en las prácticas de prevención de riesgos de accidentes ( $t_{(10)}= 9.000$ ,  $p<0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X=0.674$ ) y después ( $X=1.126$ ) del programa aplicado. Por lo que se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectiva en la promoción de una cultura de prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares del Distrito de Quinua.

La prueba estadística t de student comprueba en cuanto a la efectividad del Programa "ALLIN KAUSAY" para mejorar el manejo de accidentes domésticos más frecuentes en pre-escolares del Distrito de Quinua, en las familias, hubo mejora en el manejo de accidentes ( $t_{(10)}= 6.000$ ,  $p<0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X=0.498$ ) y después ( $X=1.102$ ) del programa aplicado. Por lo que se concluye que el Programa "ALLIN KAUSAY" es efectivo en el manejo de accidentes domésticos más frecuentes por parte de los padres de pre-escolares del Distrito de Quinua.

## CONCLUSIONES

1. El Programa "ALLIN KAUSAY" de prevención de riesgos domésticos y manejo de accidentes domésticos, es efectivo; es así que el 70% de las familias presentan prácticas adecuadas de prevención riesgos domiciliarios y el 50% tienen buen manejo de los accidentes domésticos en las familias de pre-escolares después de la aplicación del programa.
2. En la prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, antes de la aplicación del programa el 90% de las familias promovían prácticas de prevención de riesgos domiciliarios inadecuadas y solo el 10% realizaba prácticas adecuadas.
3. 100% de familias del Distrito de Quinua promovían un manejo

deficiente de accidentes domésticos antes de la aplicación del programa.

4. En la prevención de riesgos domiciliarios que conllevan a los accidentes domésticos en pre-escolares, después de la aplicación del programa el 70% de las familias promueven prácticas de prevención de riesgos domiciliarios adecuadas y el 30% mantienen prácticas inadecuadas.
5. 50% de familias del Distrito de Quinoa promovían un buen manejo de accidentes domésticos, 30% un manejo regular y el 20% un manejo deficiente después de la aplicación del programa.

#### RECOMENDACIONES

A la Escuela de Enfermería, incorporar en la curricular educativa respecto a prevención de riesgos de accidentes y primeros auxilios.

Al Profesional de Enfermería, sensibilizar a la población en especial a padres y cuidadores de niños menores de edad a identificar los riesgos domiciliarios, utilizando medios de comunicación masiva.

A la familia, promover una cultura preventiva en manejo de riesgos domiciliarios y accidentes domésticos. Implementación de botiquín a fácil acceso en su hogar.

Al establecimiento de salud, priorizar acciones preventivo-promocional en programas de riesgo y manejo de accidentes domésticos en el Distrito de Quinoa.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Principales indicadores de salud. La Habana: MINSAP, Cuba. 2001.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del MINSAP. Principales causas de muerte de 1-4 años de edad. Cuba. 2004.
3. OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Organización Mundial de la Salud, 2012.
4. Bratschi. Colaboradora permanente de UNISDR (Oficina de las Naciones Unidas para la reducción de riesgos de desastres. 2010)
5. MINSA. Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020: Documento técnico (R.M. N° 258-2011/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
6. Córdova y Day. "Prevalencia y Características de los Accidentes de Hogar que Presentaron Niños y Niñas Menores de 5 Años de la Parroquia el Valle" Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador 2014.
7. Loja M. "Implementación de un Proyecto Educativo Sobre la Prevención de Accidentes Domésticos en Niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba" Ecuador 2011.
8. Cuña R. (2012). En la investigación titulada: Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León. Epidemiología y análisis cronobiológico de 10933 casos. 2012. Valladolid-España.
9. Villarreal. N. "Programa De Formación Integral en Cultura Preventiva en Accidentes Domésticos a Adolescentes". Universidad Central de Venezuela. 2010.
10. Minchola A. "Accidentes en el hogar en niños menores de cinco años". Trujillo Cesar Vallejo Perú. 2011.
11. Bautista E. "Accidentes más frecuentes en el hogar durante la primera infancia y su evolución en usuarios atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho" 1998.
12. Hinojosa C. "Factores de riesgo relacionado con accidentes domésticos de niños pre-escolares atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" 2011.
13. Cordero. N. y Bejar .J. En la tesis titulada "Efecto del Programa Infancia Segura en el Conocimiento

- y Actitudes de la Madres de pre-  
escolares sobre la prevención de  
accidentes domésticos. Asociación  
Guamán Poma de Ayala.  
Ayacucho" 2014.
14. Fernández, B. Material didácticos  
de apoyo para profesionales  
sanitarios de la Escuela de Ciencias  
de la Salud de la Universidad  
Complutense de Madrid-España  
2001
  15. Manual CTO Enfermería.  
Recomendaciones de RCP del  
ERC. 2012 5ta edición CTO.  
Editorial, Madrid. España 2013.
  16. Diccionario enciclopédico real  
academia española. Editorial grupo  
océano, Barcelona- España 2006.
  17. Rodríguez, G. Consideraciones  
didácticas para la formación de la  
habilidad "Reanimar" Cienfuegos  
2007,
  18. Torres y col. Accidentes en la  
infancia: una problemática actual en  
pediatría. MEDISAN 2010;  
14(3):368. Cuba
  19. Yones J, Rajs D. Mortalidad por  
causas violentas entre  
adolescentes y jóvenes de la región  
de las Américas. En: Maddaleno M,  
Munist MM. La salud del  
adolescente y del joven.  
Washington, DC: OPS: 169–82  
(Publicación Científica No. 252).
  20. Mintegui Raso S. Epidemiología de  
las intoxicaciones pediátricas. En:  
Casado Flores J. Cuadernos de  
urgencia pediátrica en atención  
primaria. Madrid: Ediciones Ergon,  
2012:14.
  21. Jordán Rodríguez JR, Valdés Lazo  
F. Promoción y prevención de  
accidentes. La Habana: ECIMED,  
2012:151-68.
  22. Dueñas Fuentes JR. Cuidados de  
enfermería en la prevención de  
accidentes infantiles. Madrid:  
Consejería de Sanidad de la  
Comunidad de Madrid, 2010:65- 75.