

19. Multani J, Kives S, Allen L. Estrogen vs. conservative therapy for labial agglutination in prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(2):208.
20. Schober J, Dulabon L, Martin-Alguacil N, et al. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(5):337-9.
21. Omar HA. Management of labial adhesions in prepubertal girls. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13(4):183-5.
22. Practice Bulletin N° 93. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders. *Obstet Gynecol* 2008;111(5):1243-53.
23. Merens TA. Neonatal and Prepubertal Gynecologic Concerns. *Pediatr Ann* 2015;44(10):412,414,416-417.
24. Soyer T. Topical estrogen therapy in labial adhesions in children: therapeutic or prophylactic? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(4):241-4.
25. Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N, et al. Success of Treatment Modalities for Labial Fusion: A Retrospective Evaluation of Topical and Surgical Treatments. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22(4):247-50.
26. Myers JB, Sorensen CM, Wisner BP, et al. Betamethasone cream for the treatment of pre-pubertal labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(6):407-11.
27. Sookpotarom P, Asawutmongkul C, Srinithiwat B, et al. Is half strength of 0.05% betamethasone valerate cream still effective in the treatment of phimosis in young children? *Pediatr Surg Int* 2013;29(4):393-6.
28. Acker A, Jamieson MA. Use of Intranasal Midazolam for Manual Separation of Labial Adhesions in the Office. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26(3):196-8.
29. Nurzia MJ, Eickhorst KM, Ankem MK, et al. The surgical treatment of labial adhesions in pre-pubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16(1):21-3.
30. Başaranoglu S, Doğan F, Deregözü A. Acute renal failure due to complete labial fusion: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016;29:162-4.
31. Melek E, Kiliçbay F, Sarikaş NG, et al. Labial adhesion and urinary tract problems: The importance of genital examination. *J Pediatr Urol* 2016;12(2):111.e1-.

Opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre la prevención de lesiones no intencionales

Pediatricians' opinions, practices and knowledge about unintentional injuries prevention

Dra. Cristina I. Gatica,^{a,b} Dra. Jimena Dri,^b Dra. Vanina Cortesi,^b Dr. Daniel Miranda,^a Dra. Clotilde Ubeda^a y Dra. Ingrid Waisman^a

RESUMEN

El objetivo fue describir opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre prevención de lesiones no intencionales (LNI)

Metodología: estudio descriptivo y analítico por encuesta anónima y auto-administrada a pediatras, en Mendoza, en 2015. **Resultados:** N: 210. La edad media de los pediatras fue 44,55 años, 65,2% mujeres.

Doscientos (95,22%) realizan prevención de lesiones, 76% lo hace en la mayoría de las consultas, usando método verbal principalmente. El 94,29% (198) opinaron que la prevención mejora la seguridad en el hogar y 185 (88,1%) que debiera hacerse en todas las consultas.

Entre pediatras con menos de 10 años de antigüedad (N= 84), el 79,6% respondió correctamente sobre sillitas, ahogamiento, andador y caídas; entre los de mayor antigüedad (N= 126) hubo 61,9% de respuestas correctas (p= 0,007)

Conclusiones: Los pediatras son conscientes de su rol en prevención de LNI, refieren realizar actividades de prevención y conocen sobre el tema, sobre todo los más jóvenes.

Palabras clave: prevención de lesiones no intencionales, rol del pediatra.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was to address the pediatrician's opinions, practices and knowledge on the prevention of unintentional injuries.

Design: descriptive and analytical study by anonymous and self-administered survey to pediatricians, in Mendoza, in 2015. **Results:** N: 210. The mean age of pediatricians was 44.55 years old, 65.2% were women.

200 (95.22%) performed injury prevention, 76% did it in most of the visits, using verbal method mainly. 198 (94.29%) believed that prevention improves home safety and 185 (88.1%) should be done in all consultations.

There were 79.6% correct answers among pediatricians less than 10 years' seniority (N=84) about child car restraint system, drowning, baby walker use and falls; among the oldest (N=126) there were 61.9% of correct answers (p=0.007)

Conclusions: Pediatricians are aware of their role in injury prevention, realized prevention activities and knew about the subject, especially the younger ones.

Key words: Unintentional injuries prevention, pediatrician's role.

- a. Comité Nacional de Prevención de Lesiones, Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina.
- b. Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Pediátrico "Dr. Humberto J. Notti" de Mendoza, Argentina.

Correspondencia:

Dra. Cristina I. Gatica: gatica.molina@yahoo.com.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 26-2-2017

Aceptado: 27-6-2017

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.601>

Cómo citar: Gatica CI, Dri J, Cortesi V, et al. Opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre la prevención de lesiones no intencionales. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(6):601-607.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por causas externas no intencionales, traumatismos o daños por causas externas sin propósito de producir un perjuicio constituyen un problema importante de salud en Argentina.^{1,2} Su atención demanda un considerable esfuerzo humano y un elevado costo económico, personal y social tanto para los efectores de salud como para los pacientes y sus familias.^{2,3}

Son fenómenos complejos, por lo que abordar su prevención también lo es y requiere una multiplicidad de enfoques: decisiones gubernamentales, concientización, participación de la comunidad y la colaboración de profesionales de diversas disciplinas, entre los cuales el pediatra juega un papel importante.³⁻⁸ En un estudio reciente, una muestra de pediatras argentinos afirmaba que realizaba tareas de prevención usando métodos verbales y que no tenía una formación suficiente sobre el tema.⁵

Para actualizar algunos aspectos de esa encuesta, nuestro objetivo fue describir las opiniones, prácticas, conductas y conocimientos de los pediatras acerca de la prevención de lesiones no intencionales desde el consultorio; describir la fuente de conocimientos e información sobre el tema y estimar si existía relación entre los conocimientos y las prácticas referidas con factores demográficos y laborales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico por encuesta anónima, autoadministrada y voluntaria.

Marco muestral: asistentes al 37º Congreso Nacional de Pediatría (CONARPE). El cálculo de la muestra se realizó con el supuesto de una concurrencia de 6000 pediatras (de acuerdo con los asistentes al 36 CONARPE). Esperando prevalencias cercanas al 50% y asumiendo un error de 5% a 10%, nivel de confianza de 95%, la muestra debía ser de 362 y 95 encuestas, respectivamente. Se tomó una muestra sucesiva por conveniencia, no probabilística, por criterio de autoridad.

Encuesta: realizada *ad hoc*, se usaron las mismas variables de un trabajo previo,⁵ sumando preguntas sobre el conocimiento del tema realizado por consenso de expertos, autores del trabajo (ver *Anexo* en formato electrónico).

Antes del Congreso, se realizó una encuesta piloto que se entregó a dos pediatras y dos residentes de Pediatría, familiarizados con el tema, para que la contestaran en función de conocimiento, claridad y grado de dificultad.

Se incluyeron los asistentes de ambos sexos que concurrieron al CONARPE, realizado entre el 29 de septiembre y el 2 de octubre de 2015, en la ciudad de Mendoza, Argentina, que respondieron a la propuesta de contestar la encuesta. Se excluyeron los profesionales que no fueran médicos pediatras y las encuestas que tuvieran más del 5% de respuestas faltantes. Se consideró su contestación como un consentimiento a participar en el estudio. Se entregaron las encuestas en los 2 primeros días del Congreso.

VARIABLES:

- 1) Demográficas: edad, sexo, profesión, lugar de trabajo, lugar de residencia (provincia y tamaño de la ciudad).
- 2) Prácticas/conductas en prevención de lesiones no intencionales: realización, frecuencia y método utilizado.
- 3) Conocimientos sobre lesiones no intencionales en niños de 1 a 15 años:
 - 3.a. Recomendaciones respecto a sistemas de retención infantil (SRI) o "sillitas" en el traslado de los niños en auto, uso de andadores y prevención de lesiones por ahogamiento y de caídas de altura. Medidas que debían tomarse: se consideró correcto que los SRI debían usarse desde el 1º viaje, al momento del alta de la maternidad; con el andador, los niños podían sufrir lesiones por caídas; para la prevención de ahogamientos, la medida más efectiva era la supervisión de adultos responsables y que, para que una cuna fuera segura, la distancia entre barrotes debía ser 6 cm o menos. En cada encuesta, se sumó un punto por cada respuesta correcta.
 - 3.b. Medidas más eficientes en prevención de lesiones; la respuesta correcta fue la protección pasiva.
 - 3.c. Causa de consulta por lesiones más frecuente en la Guardia. Se consideró que las caídas constituían la causa más frecuente de consulta por lesiones en la Guardia.
 - 3.d. Frecuencia de causas de mortalidad. Se consideró correcto lo siguiente: 1. tránsito; 2. ahogamiento; 3. caídas; 4. quemaduras; 5. armas de fuego. Se sumó un punto por cada respuesta correcta.
- 4) Opinión sobre la prevención de lesiones:
 - Efectividad de las actividades realizadas por pediatras.
 - Tipo de consulta en que debía realizarse.

- Limitaciones para realizarlas.
- 5) Fuente de conocimientos sobre la prevención de lesiones.
 - 6) Conocimiento sobre la existencia de un manual de prevención de lesiones no intencionales.

Se adjunta cuestionario (ver *Anexo* en formato electrónico).

Estudio de las variables: las variables cuantitativas continuas fueron transformadas en discretas (edad, antigüedad en la profesión, tamaño de la población), por lo que quedaron, para el análisis, variables cualitativas nominales u ordinales. Fueron analizadas de acuerdo con 4 grupos conceptuales homogéneos: datos demográficos, prácticas/conductas, opinión y conocimientos. Las variables discretas se describieron en números absolutos y relativos (porcentuales). El intervalo de confianza al 95% (IC 95%) fue calculado como resultado de una muestra de igual tamaño proveniente de un

muestreo simple aleatorio. Las variables continuas se calcularon en medias ± 1 desvío estándar (DE) o mediana y rango según correspondiera. Las comparaciones entre los grupos se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado, y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Se utilizó el programa Epi Info 3.5.1, software libre de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Docencia, Capacitación e Investigación del Hospital Pediátrico "Dr. H. J. Notti" de Mendoza y la Subcomisión de Investigación de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

RESULTADOS

Se entregaron 400 encuestas y retornaron 245 (tasa de retorno de 61,25%). Se excluyeron 35 por no ser pediatras los que respondían, por lo que quedaron 210 encuestas para analizar.

TABLA 1. Distribución de frecuencias absoluta y porcentaje de las variables demográficas (N: 210)

Variable	Modalidad	N	%	*IC
Sexo	Femenino	137	65,2	58,38-71,66
	Masculino	69	32,9	26,55-39,66
	S/d	4	1,9	0,52-4,8
Edad	30 años o menos	27	12,9	8,69-18,24
	31-40	64	30,5	24,45-37,35
	41-50	50	23,8	18,31-30,29
	51 o más	69	32,9	26,23-39,34
Antigüedad	Menor de 10 años	84	40,0	33,32-46,97
	11-20 años	43	20,5	15,23-26,57
	21 años o más	83	39,5	32,86-46,48
Sector laboral	Público	62	29,5	23,45-36,19
	Privado	39	18,6	13,55-24,50
	Ambos	107	51,0	43,98-57,90
	No indica	2	1,0	0,12-3,4
Procedencia*	Buenos Aires y CABA	69	32,86	26,55-39,66
	Centro-Cuyo	65	30,95	24,77-37,68
	Litoral	30	14,29	9,85-19,76
	Región del NEA	13	6,19	3,34-10,35
	Región del NOA	13	6,19	3,34-10,35
	Patagonia	10	4,76	2,31-8,58
	No contesta	8	3,81	1,66-7,37
	Paraguay	2	0,95	0,12-3,40
Tamaño de la ciudad	Pequeña	37	17,62%	12,72-23,46
	Mediana	76	36,19%	29,69-43,09
	Grande	94	44,76%	37,92-51,76
	S/d	3	1,43%	0,30-4,12
Total		210	100	

* IC calculado sobre una muestra de igual tamaño con selección por muestreo simple aleatorio.

** Clasificación de procedencia: Centro-Cuyo (Córdoba, Mendoza, San Juan, San Luis); Litoral (Santa Fe, Entre Ríos); Región del NEA (Chaco, Formosa, Misiones, Corrientes); Región del NOA (Tucumán, Catamarca, La Rioja, Salta, Jujuy); Patagonia (Neuquén, Río Negro, Santa Cruz)

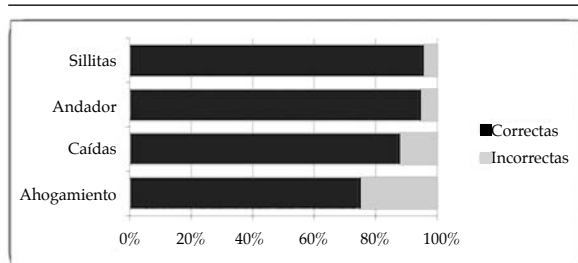
S/d: sin datos; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; NEA: Noreste Argentino;

NOA: Noroeste Argentino.

La edad media de los encuestados fue $44,55 \pm 12,15$ años; mediana de 44 años (rango: de 24 a 80 años); 137 (65,2%, IC: 58,38-71,66%) eran mujeres, con una razón mujeres-varones de 1,9:1. La media (DE) de antigüedad en la profesión fue $17,8 \pm 14,3$ años; mediana de 15 (rango: de 1 a 55 años) (Tabla 1).

Entre los encuestados, 169 profesionales (83,8%) se desempeñaban en el sector público; 62 profesionales, exclusivamente en el sector público (29,5%; IC: 23,45-36,16). 134 profesionales (63,8%) provenían de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o de la región Centro-Cuyo. Solo un 17,62% (N= 37; IC: 12,72-23,46) de los profesionales provenían de ciudades pequeñas (Tabla 1).

FIGURA 1. Respuestas correctas a preguntas sobre sillitas, ahogamiento, andador, caídas



Un total de 200 encuestados (95,22%; IC: 91,42-97,69%) respondieron que realizaban actividades de prevención de lesiones. De estos, el 76% (156 / 200, 69,47-81,74) lo hacía en todas o en la mayoría de las consultas; el resto, solo en algunas consultas; 2 personas no contestaron. El método verbal fue el más utilizado (N= 198; 94,3% IC: 90,23-97,0); solo cerca de un cuarto de ellos (53 / 198; 26,77% IC: 20,74-33,51) lo asoció con otro/s método/s: folletos (N= 29 / 198; 14,65% IC: 10,03-20,35), reuniones con la comunidad (15 / 198; 7,58% IC: 4,3-12,19), afiches (13 / 198; 6,57% IC: 3,54-10,97). Respondieron que utilizaban solo otros métodos, como charlas radiales o redes sociales, 11 personas (11 / 210; 5,24% IC: 2,64-9,18).

Hubo 200 pediatras (95,2% IC: 91,24-97,69) que respondieron correctamente sobre el SRI en el traslado de los niños en auto; 198 (94,29% IC: 90,23-97,01), sobre el uso de andadores; 184 (87,62% IC: 82,39-91,75), sobre prevención de lesiones por caídas de altura; y, por ahogamiento, 157 (74,96% IC: 68,3-80,5) (Figura 1).

El 69% del total (N= 144; IC: 61,82-74,79) respondió correctamente todas las preguntas. Los de menor antigüedad profesional (N= 80) tuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas (64 / 80, 80%) que el resto (80 / 130, 61,54%); la diferencia fue estadísticamente significativa (p: 0,0072) (Tablas 2 y 3).

TABLA 2. Número y porcentaje de respuestas correctas a preguntas sobre sillitas, ahogamiento, andador, caídas, según grupos de antigüedad en la profesión

Número de RC	Antigüedad en la profesión						Total	
	Menor de 10 años		11-20 años		21 o más años		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Dos o menos RC	4	4,76%	4	9,30%	12	14,45%	20	9,52%
3 RC	13	15,48%	9	20,93%	23	27,71%	45	21,43
4 RC	67	79,76%	30	69,77%	48	57,83%	145	69,05
Total	84	100,00%	43	100,00%	83	100,00%	210	100,00

Chi cuadrado 9,958 Grado de libertad (Gl) 4 p= 0,04113. RC: respuestas correctas.

TABLA 3. Promedio de calificación de respuestas correctas a preguntas sobre sillitas, ahogamiento, andador, caídas, según grupos de antigüedad en la profesión

Antigüedad en la profesión	Promedio de calificación (Puntaje máximo 5)	
Menor de 10 años	3,7	Kruskal-Wallis H:9,8572 Grado de libertad (GL): 2 Valor P: 0,0072
11-20 años	3,4	
21 o más años	3,3	
Promedio de la calificación de todos	3,54	
Total de respuestas correctas	145	

La mayoría (N= 182; 86,67% IC: 81,31-90,95) contestó erróneamente que las medidas más eficientes en prevención de lesiones eran las activas. La edad promedio de este grupo (45,37 ± 12,3 DE, mediana de 45 años) era significativamente mayor que la de los que contestaron correctamente (38,67 ± 9,2 DE, mediana de 36,5 años) (prueba de Kruskal-Wallis 7,4; p= 0,006).

Contestaron correctamente que la causa de consultas por lesiones más frecuentes a la Guardia eran las caídas 143 pediatras (68,1%; IC: 61,33-74,34). Fueron respuestas incorrectas golpes (N= 34; 16,27% IC: 11,48-21,88), intoxicaciones (N= 13; 6,2% IC: 3,34-10,35), quemaduras (N= 10; 4,8% IC: 2,31-8,38), entre otros.

Mortalidad por lesiones en los niños. Solo 54,76% (N= 115; IC: 47,77-61,62) respondieron el orden de frecuencia de las causas de mortalidad; el puntaje promedio de respuestas correctas fue de 2,06 ± 1,3 DE, mediana de 2, sobre un puntaje máximo de 5.

Para el 94,29% (198/210; IC: 90,23-97,01), la prevención realizada por pediatras mejoraba la seguridad en el hogar y disminuía las lesiones en los niños. Para el 3,3% (7/210; IC: 1,35-6,75) no existía evidencia de que disminuyera las lesiones en los niños y, para el 3,8% (8/210; IC: 1,66-7,37), era tarea inútil, a los padres no les interesaba; ninguno contestó que no era algo que compitiera al pediatra.

El 88,1% (185/210; IC: 82,83-92,13) contestó que debía realizarse la prevención de lesiones en toda consulta; 9% (20/210; IC: 5,91-14,33), solo en visitas de niño sano; 1 persona contestó que en consulta por enfermedad; 1, que no debía realizarse en la consulta; 1 contestó que no sabía; 2 no contestaron este ítem.

Consideraron que las limitaciones para realizar actividades de prevención eran la falta de tiempo durante la consulta (N= 142; 67,62% IC: 60,84-73,90), la falta de materiales (N= 43; 20,48% IC: 15,23-26,57), la falta de formación en el tema (N= 41; 19,52% IC: 14,39-25,54).

Frente a la pregunta: "¿Dónde aprendió sobre prevención de lesiones?", los profesionales con menos de 10 años de antigüedad aprendieron, principalmente, en la residencia (52,59%) (p= 0,0001) o en la facultad (67,39%) (p= 0,0001); aquellos con más de 21 años de antigüedad, por experiencia personal (49,5%) (p= 0,006) (Tabla 4). Las diferencias resaltadas en la tabla son significativas entre grupos de edad.

El 51,43% (n= 108; IC: 44,45-58,36) conocía que existía un manual de prevención de lesiones no intencionales; 39,52% (N= 83; IC: 32,86-46,48) contestó que no existía el manual; 6,70% (N= 14; IC: 3,69-10,93) contestó que no sabía, y 5 no respondieron la pregunta.

DISCUSIÓN

Las lesiones no intencionales son problemas prevalentes en nuestra sociedad,¹ que repercuten en la salud y bienestar de los niños;^{2,3} por lo tanto, su abordaje es parte inherente a la práctica profesional. Los pediatras están en una posición privilegiada para abordar estos temas, generar conciencia y buscar estrategias de prevención junto con la familia y la comunidad.⁶⁻¹⁴

En nuestro trabajo, se observó que, a diferencia de la anterior encuesta,⁵ los pediatras de menor antigüedad adquirirían más conocimientos sobre prevención de lesiones durante el pregrado y durante la residencia, lo que revelaría una mayor preocupación de las instituciones formadoras acerca de este tema.

TABLA 4. Fuente de conocimiento sobre la prevención de lesiones, según la antigüedad en la profesión (*)

Antigüedad	Fuente de conocimiento*						Total del grupo de antigüedad N= 210
	Residencia N= 116	Experiencia personal N= 111	Libros N= 98	Congresos N= 88	Facultad N= 46	Autodidacta N= 35	
Menor de 10 años	52,59%	34,23%	38,78%	29,55%	67,39%	34,29%	40% (N= 84)
11-20 años	18,10%	16,22%	23,47%	29,55%	8,70%	14,29%	20,48% (N= 43)
21 o más años	29,31%	49,55%	37,76%	40,91%	23,91%	51,43%	39,52% (N= 83)
Tot Fuente de conocimiento	55,24%	52,86%	46,67%	41,90%	21,90%	16,67%	100%
Chi cuadrado	17,8153	10,0316	1,0183	10,2972	18,6724	2,6349	
GL	2	2	2	2	2	2	
Probabilidad	0,0001	0,0066	0,601	0,0058	0,0001	0,2678	

GL: grado de libertad. (*) Esta pregunta admitía más de una opción.

Siguiendo con esta tendencia, los profesionales que habían terminado más recientemente su entrenamiento pediátrico abordaban más tópicos de supervisión/guías anticipatorias en las consultas de niño sano.⁹

Considerando la encuesta actual y la realizada previamente,⁵ para muchos pediatras, la adquisición de conocimientos sobre el tema en congresos seguía siendo importante y, para los pediatras con más años de profesión, se tenía en cuenta el aprendizaje por experiencia personal.

Al explorar los conocimientos, los resultados generales fueron mejores para los pediatras de menor antigüedad (80% vs. 61,54%, diferencia estadísticamente significativa).

El 95% de los pediatras encuestados tenía conceptos claros sobre el uso de SRI y andadores. En este último punto, se puede comparar con un trabajo realizado en Turquía, en 2013, en el que solo el 63,7% de los pediatras desaconsejaba el uso del andador.¹⁶

Se puede especular que ambos temas, uso de SRI y contraindicación de andadores, han sido repetidamente tratados en congresos pediátricos y publicaciones científicas, lo que contribuye a su mejor conocimiento.^{3,4,8,16-20}

Sin embargo, hubo déficit en todos los grupos en los conocimientos sobre causas de consultas a la Guardia (68% de aciertos), causas de mortalidad (54% de aciertos) y efectividad de medidas activas y pasivas (86,67% de respuestas incorrectas). Cabe destacar que, pese a la importancia epidemiológica del ahogamiento como causa de muerte y de las caídas como factor de morbilidad,^{1,21,22} muchos encuestados carecían de conceptos claros en estos temas.

Las limitaciones para realizar prevención son similares a la encuesta anterior.^{5,6,9,23} Se destaca, en primer lugar, la falta de tiempo; luego, la carencia de materiales y de formación para encarar la tarea. Pero también es para reflexionar que, pese a que existe un manual de prevención de lesiones^{3,4} publicado hace varios años por la SAP y que ha sido actualizado varias veces, casi la mitad de los pediatras desconocían su existencia.

La gran mayoría de los encuestados acordaba en que la tarea de prevención de lesiones era inherente al pediatra y útil para evitar lesiones.^{7-9,12-15} El modo de llevarla a cabo se basaba, principalmente, en la transmisión verbal, que era poco efectiva.^{5,10-12}

Este trabajo tiene fortalezas y debilidades. No se pueden generalizar los resultados; no

fue representativo de los pediatras argentinos por la forma en que se tomó la muestra poblacional. Como fortaleza, se puede señalar que los resultados contribuyen a describir los conocimientos, creencias y actitudes de pediatras de distintas edades y antigüedad profesional, de diferentes provincias del país, sobre un tema que compete al pediatra en su ejercicio profesional.

Existen déficits en la información sobre algunas lesiones que tienen trascendencia epidemiológica y gravedad, que podrían mejorarse con mayor difusión a través de los canales que posee la SAP.

Es necesario lo siguiente:

- Estimular el conocimiento e interés de los pediatras en la prevención de lesiones y capacitar a los pediatras como formadores de estrategias de prevención de las lesiones por causas externas, estimular la participación, mantenida en el tiempo y sistemática, de los pediatras en la prevención de lesiones desde el consultorio para evitar las oportunidades perdidas.
- Continuar impulsando la inclusión de esta temática en la currícula del pregrado y en las residencias pediátricas, pues esta actitud se ve reflejada en los resultados obtenidos.
- Estimular la promoción del tema prevención de lesiones por causas externas en congresos y jornadas organizados por la SAP.
- Seguir generando, desde la SAP, información e instrumentos para facilitar la tarea a los pediatras y difundir los que ya se encuentran en existencia: manual de prevención de lesiones, folletos para padres que existen en la página web.

CONCLUSIONES

Los pediatras son conscientes de su rol en la prevención de lesiones; la mayoría refiere realizar actividades de prevención, en especial, a través de métodos verbales.

Los conocimientos en materia de prevención de lesiones no intencionales son adecuados, especialmente, en los pediatras de menor antigüedad en la profesión. ■

Agradecimientos

A los pediatras que participaron desinteresadamente contestando la encuesta. A todos los miembros del Comité Nacional de Prevención de Lesiones de la SAP por su apoyo en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith, et al. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. UNICEF, 2012. [Acceso: 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf.
2. Waissman I. Los pediatras argentinos y las lesiones no intencionales en la infancia. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(4):275-7.
3. Subcomisión de Prevención de Accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de prevención de accidentes. 2.ª ed. Buenos Aires: FUNDASAP; 2005.
4. Subcomisión de Prevención de Lesiones. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de prevención de lesiones. 3.ª ed. Buenos Aires: FUNDASAP; 2012.
5. Waisman I, Iñón A, Dimarco V, et al. Prevención de lesiones no intencionales: opiniones y actitudes de los pediatras. *Arch Argent Pediatr* 2006;104(1):64-8.
6. Waisman I, Rodríguez MI, Malamud B, et al. Un proyecto para prevención de accidentes desde el consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(1):23-38.
7. Woods AJ. The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2006;64(1):35-42.
8. Gardner HG, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. AAP. Office-Based Counseling for Unintentional Injury Prevention. *Pediatrics* 2007;119(1):202-6.
9. Norlin C, Crawford MA, Bell CT, et al. Delivery of Well-Child Care: A Look inside the Door. *Acad Pediatr* 2011;11(1):18-26.
10. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, et al. Brief Approaches to Educating Patients and Parents in Primary Care. *Pediatrics* 1998;101(6):E10.
11. Glascoe FP, Trimm F. Brief Approaches to Developmental-Behavioral Promotion in Primary Care: Updates on Methods and Technology. *Pediatrics* 2014;133(5):884-97.
12. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, et al. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD006020.
13. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Evid Based Child Health* 2013;8(3):761-939.
14. Morrongiello BA, Hillier L, Bass M. 'What I said' versus 'What you heard': a comparison of physicians' and parents' reporting of anticipatory guidance on child safety issues. *Inj Prev* 1995;1(4):223-7.
15. Zonfrillo MR, Sauber-Schatz EK, Hoffman BD, et al. Pediatricians' self-reported knowledge, attitudes, and practices about child passenger safety. *J Pediatr* 2014;165(5):1040-5.e1-2.
16. Kara S, Yilmaz AE, Gümüş Dogan D, et al. Actitud de los pediatras sobre el uso de andadores para los bebés. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(6):528-36.
17. Navarro LD. ¿Qué deben saber los pediatras sobre las sillitas para autos?: Sistemas de retención infantil para automóviles. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(3):247-50.
18. Praino ML, Berberian G, Torroja C. Viajar con niños. Lo que debe saber el pediatra. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(1):58-62.
19. Agote Robertson LA. La seguridad en el transporte de los niños. ¿Qué responsabilidad tenemos los pediatras? *Arch Argent Pediatr* 2012;110(6):523-9.
20. Durbin DR, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Child passenger safety. *Pediatrics* 2011;127(4):788-93.
21. Subcomisión de Prevención de Accidentes. Consenso Nacional de Prevención del ahogamiento: "El niño y el agua". 1.ª parte. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(3):271-6.
22. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of drowning. *Pediatrics* 2010;126(1):178-85.
23. Ablewhite J, Peel I, McDaid L, et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. *BMC Public Health* 2015;15:280.

ANEXO

Prevención de lesiones no intencionales

Le solicitamos contestar una encuesta acerca de su práctica actual, marcando SOLO UNA respuesta, excepto que se especifique lo contrario. El objetivo es conocer las opiniones, prácticas y conocimientos sobre prevención de lesiones no intencionales en el consultorio. La contestación de la encuesta se tomará como un consentimiento a participar.

Edad: años. **Sexo:** Masculino. Femenino.

¿Se encuentra actualmente realizando una residencia? Sí. No.

Profesión: Pediatra. Sí. No. ¿Cuál?

Antigüedad en la profesión (años de ejercicio en la profesión):años.

Lugar de trabajo: Sector público. Sector privado. Público y privado.

Lugar de residencia: provincia

Considera que la ciudad donde vive es

pequeña (mínimos servicios de salud y educativos hasta 50 000 habitantes).

mediana.

grande (más de 1 millón de habitantes).

Respecto a lesiones no intencionales en niños de 1 a 15 años:

1. Coloque en orden de frecuencia las siguientes causas de mortalidad.

Ahogamiento. Tránsito. Caídas. Quemaduras. Armas de fuego.

2. Marque cuál de las siguientes lesiones es la causa de consulta más frecuente a la Guardia.

Intoxicaciones. Caídas. Quemaduras. Golpes. Cuerpo extraño.

Sofocación.

3. En prevención de lesiones, ¿qué tipo de medidas es más eficiente?

Protección activa. Protección pasiva. No sé.

Nos gustaría conocer su opinión sobre prevención de lesiones no intencionales:

4. La prevención de lesiones realizadas por pediatras (puede elegir más de una opción)

mejora la seguridad en el hogar y disminuye lesiones en los niños.

no existe evidencia de que disminuya las lesiones en niños.

es tarea inútil, a los padres no les interesa.

se pierde mucho tiempo.

no es algo que competa al pediatra.

5. La prevención de lesiones debiera realizarse en los siguientes casos:

Cuando consulta por enfermedad. Solo en visitas de niño sano. En toda consulta.

No debe realizarse en la consulta. No sé.

6. ¿Considera que existen limitaciones para realizar actividades de prevención? (Puede elegir más de 1 opción).

Sí, por falta de tiempo. Sí, por falta de material. Sí, por falta de formación en el tema.

Por otra causa; ¿cuál?..... No. No sé.

7. ¿Existe un manual de prevención de lesiones no intencionales? Sí. No. No sé.

Sobre su práctica profesional:

¿Realiza actividades de prevención en su práctica? Sí. No.

¿Con qué frecuencia realiza actividades de prevención de lesiones?

- En todas las consultas. En la mayoría. Solo en algunas. En ninguna.

¿Qué método utiliza para la prevención de lesiones? Puede elegir más de 1 opción.

- Verbal. Folleto. Videos. Afiche. Reuniones con la comunidad.
 Otros; ¿cuáles?.....

¿Dónde aprendió sobre prevención de lesiones? (Marque todas las respuestas que correspondan).

- Experiencia personal Facultad de Medicina. Residencia. Autodidacta.
 Congresos. Libros y/o publicaciones científicas. No sé nada.
 Otra; especifique. _____

¿Cuál es su recomendación?

1. Respecto a los sistemas de retención infantil o sillitas para el auto:

- Desde el 1^{er} viaje, al obtener el alta de la maternidad.
 Usar solo en viajes largos.
 Es suficiente con los cinturones de seguridad del auto.
 Usar solo en grandes ciudades.
 No son necesarios en lactantes porque se llevan en brazos.
 No los recomienda.

2. En prevención de lesiones por ahogamiento. Elija la mejor opción.

- Enseñar a los niños a nadar a partir de los 5 años.
 No es necesario acompañar a los niños cuando saben nadar.
 La medida más efectiva es la supervisión de adultos responsables.
 Los niños pequeños pueden quedar al cuidado de sus hermanos adolescentes.
 No realizo recomendaciones.

3. Respecto al andador. Elija la mejor opción.

- Es un lugar donde el niño está seguro.
 Evita lesiones por caída e intoxicaciones.
 Pueden sufrir lesiones por caídas.
 Favorecen el desarrollo infantil.

4. Para prevención de caídas de altura en menores de 2 años. Marque la opción que considera correcta.

- Se puede esperar hasta que el niño cumpla 1 año para el cierre de escaleras y balcones.
 En cochecitos y sillitas altas, se los puede dejar sin sistema de agarre (cinturón de seguridad).
 Para que una cuna sea segura, la distancia entre barrotes debe ser 6 cm o menos.
 El bebesit es lugar seguro para dejar al lactante.
 Las caídas son poco frecuentes en el hogar.

¡¡Muchas gracias!!