

01

IMPORTANCIA SOCIO SANITARIA DE LAS LESIONES NO INTENCIONADAS EN LA INFANCIA

Autor: Isabel Junco

LESIÓN MEJOR QUE ACCIDENTE

EPIDEMIOLOGÍA

CONSECUENCIA DE LOS ACCIDENTES

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

01

IMPORTANCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS LESIONES NO INTENCIONADAS EN LA INFANCIA

Autor: Isabel Junco

LESIÓN MEJOR QUE ACCIDENTE

Los accidentes o lesiones no intencionadas representan un grave problema de salud mundial.

Las lesiones en los niños son una de las principales causas de muerte y enfermedad, por lo que constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. Cientos de miles de niños fallecen cada año a causa de lesiones o violencia, y son millones los que sufren sus secuelas.

¿Por qué lesión y no accidente?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone sustituir la palabra accidente por la de lesión no intencionada con el fin de ir modificando la concepción de que es un hecho inevitable y sobre el que no se puede influir. En el Informe Mundial de Unicef sobre la prevención de las lesiones en los niños, se define **lesión** como “el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía mecánica, térmica, química o radiada”. El tiempo entre la exposición y la aparición de la lesión debe ser corto. En otros informes de la OMS se define accidente como “acontecimiento, independiente de la voluntad humana, causado por una fuerza extraña, de acción rápida, que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o de trastornos mentales”. Prácticamente ambas definiciones dicen lo mismo.

La diferencia radica en el significado de la palabra accidente. Como se ha dicho, accidente lleva a pensar en un hecho debido al azar y sobre el que no se puede actuar. Cuando se analiza el porqué de un accidente, se ve que para que se produzca tienen que confluír varios elementos y circunstancias, lo que lleva a sugerir que si se actúa sobre estos y se modifican, se pueden prevenir y evitar. Es por esto por lo que es preferible hablar de **LESIONES NO INTENCIONADAS**. En esta Guía se usarán ambos términos debido a que en el lenguaje habitual de la sociedad la palabra que más se usa es accidente.



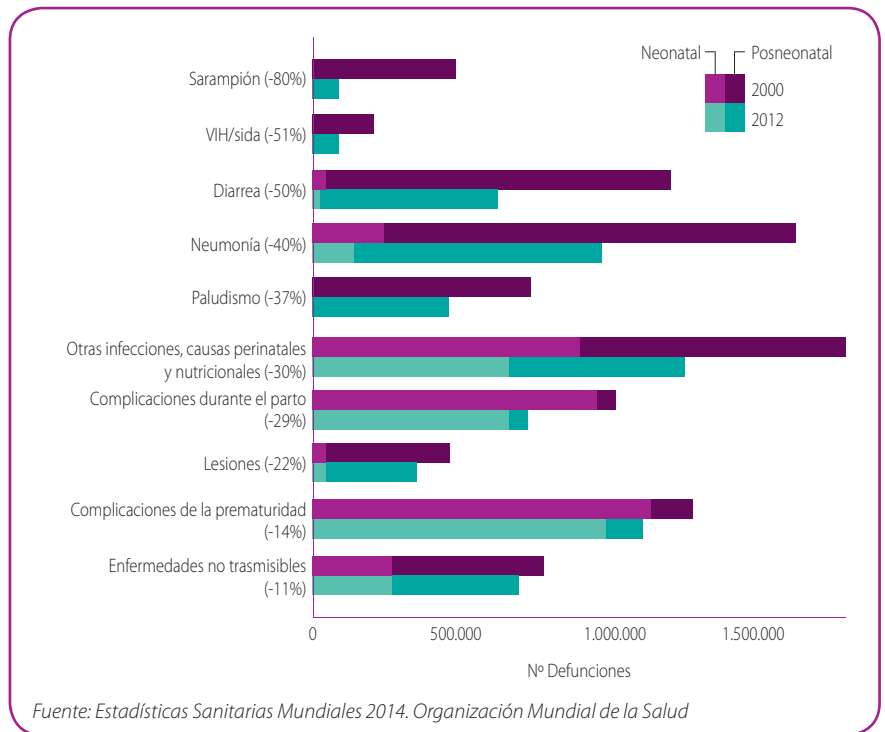
Importancia del problema

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

- los niños son más vulnerables
- la pérdida de vidas humanas
- los años potenciales de vida perdidos
- los sufrimientos físicos y psíquicos
- las incapacidades producidas
- la gran repercusión económica

En los últimos años, gracias a las medidas preventivas que se han ido implantando, se ha producido una disminución de la mortalidad por lesiones no intencionadas a nivel mundial, y así, en la publicación “ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2014” de la OMS, se muestra que en 2012 la mortalidad por lesiones en menores de 5 años, disminuyó un 22% con respecto al año 2000. De igual forma, la mortalidad debida a lesiones por tránsito, ha pasado a ocupar el lugar 8º entre las causas de mortalidad en todas las edades. Todo esto se debe a las medidas preventivas de todo tipo que se han ido estableciendo. (Figura 1)

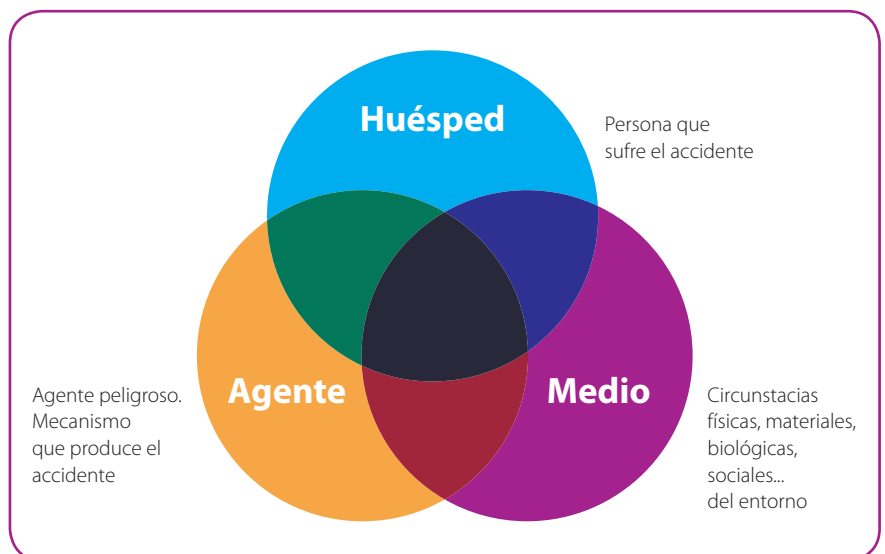
Figura 1. Cambios en las principales causas de muerte de menores de 5 años



¿Qué elementos intervienen en un accidente?

Al analizar los accidentes encontramos tres elementos básicos: sujeto susceptible o huésped, medio y agentes que lo provocan. Además, para que sucedan, se tienen que producir una cadena de hechos/circunstancias que coinciden en el tiempo y en el espacio. (Figura 2)

Figura 2. Elementos que intervienen en un accidente

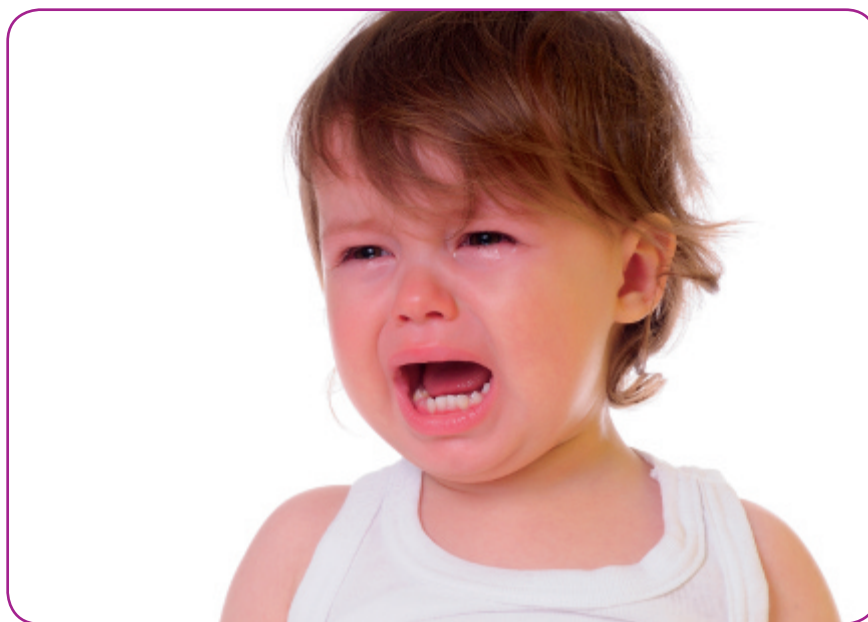


Huésped, persona que sufre el accidente

Está condicionado por sus características personales:

- edad: las características evolutivas en las diferentes etapas de desarrollo, van a condicionar el que un niño sea más o menos susceptible de sufrir una lesión. En los primeros años de la infancia, los niños no son conscientes de los riesgos y peligros que les rodean, y además, sus capacidades físicas y motoras no están aún desarrolladas adecuadamente.
- sexo: existen condicionantes culturales que asocian determinadas actividades al sexo de la persona.
- estado de salud: enfermedades crónicas, toma de medicamentos.
- estado funcional: discapacidad física o sensorial.
- carácter/comportamiento: niños con gran actividad, rebeldes, sin miedos, que no acatan normas.
- estado de ánimo: tímidos, poco aceptados socialmente. (Figura 3)

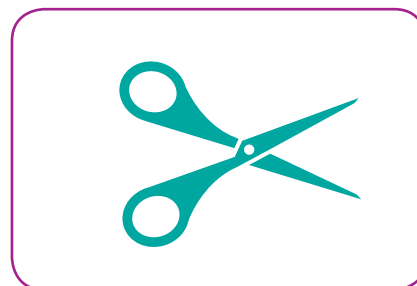
Figura 3. Huésped



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

- puede ser peligroso en sí mismo: enchufe, cable, pesticida, etc.
- por utilización incorrecta: no usar dispositivos de seguridad en los coches, no respetar normas de seguridad vial, sobrecargar un enchufe, dejar una sartén con el mango hacia fuera, etc.
- por defecto de fabricación: falta de leyes que regulen la producción, etc. (Figura 4)

Figura 4.
Agente: Objeto peligroso



Medio, situación o circunstancia en que se produce

Las circunstancias en que el medio puede favorecer las lesiones en los menores son múltiples: cuidadores inadecuados, falta de control o bajos conocimientos por parte de los padres, hacinamiento, falta de orden en el hogar, atascos en la carretera, etc. Otros factores que pueden intervenir son: el que sea de día o de noche, el día de la semana, los periodos vacacionales, etc. (Figuras 5 y 6)

Figura 5.
Medio (familiar
y ambiente espacial)



Es decir, existen diferentes tipos de factores (físicos o materiales, sociales, económicos, culturales, psicológicos y del entorno) que condicionan la producción de lesiones, de tal manera que el medio puede condicionar la acción del agente que produce la lesión, así como la reacción de la víctima.

Figura 6.
Medio (carretera)



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

- La principal característica del accidente es que no se produce por casualidad sino que se produce en unas circunstancias determinadas, sobre las cuales ha podido actuar la conducta humana, bien directamente o bien a través de la transformación del medio.
- Más que sucesos fortuitos son la consecuencia predecible de la combinación de factores humanos y ambientales sobre los que casi siempre se puede actuar.
- Lo importante es conocer las causas que lo han producido para poder atajarlas y así dejar el mínimo espacio a la casualidad.

EPIDEMIOLOGÍA

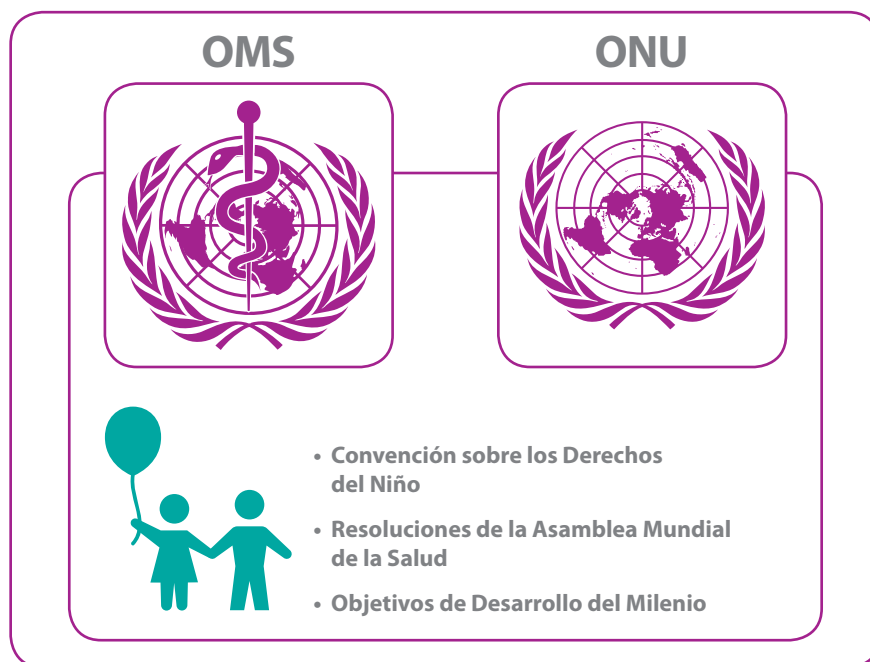
En todo el mundo, las vidas de más de dos mil familias se ven destrozadas cada día por la pérdida de un niño debido a las lesiones no intencionadas, también denominadas “accidentes”.

Cuando los niños cumplen cinco años, las lesiones no intencionadas son la principal amenaza para su supervivencia. También son una causa importante de discapacidades, que pueden repercutir a largo plazo en todas las facetas de su vida: las relaciones, el aprendizaje y el juego.

La carga recae de forma desproporcionada sobre los niños de entornos más desfavorecidos y sobre los países que sufren mayor cambio socioeconómico. Las tasas de mortalidad por lesiones no intencionadas en la población infantil difieren en hasta nueve veces en función del nivel socioeconómico de algunos países. Esta desigual distribución de las lesiones amenaza con convertirse en una causa de injusticia social.

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han realizado importantes contribuciones para proteger a la infancia a través de convenciones, resoluciones, y planteando objetivos que deben asumirse por las naciones que pertenecen a estas organizaciones. (Figura 7)

Figura 7.
Contribuciones internacionales
para mejorar la salud infantil



Entre estas contribuciones, en relación con las lesiones no intencionadas, podemos destacar:

Convención sobre los Derechos del Niño. Declara que los niños de todo el mundo tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, protegidos de las lesiones y de la violencia. 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.

Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Recomendaciones del Informe Mundial sobre la violencia y la salud y el Informe Mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.

Objetivos de Desarrollo del Milenio. El cuarto objetivo consiste en reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015.

Además, dentro de estas contribuciones, la OMS ha realizado las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones de la OMS (2011)

- Perfeccionar los sistemas de recogida de datos y así definir las poblaciones vulnerables y sus factores de riesgo específicos, y facilitar el diseño y la ejecución de las intervenciones.
- Mayor investigación sobre la capacidad de reproducir y transferir las intervenciones eficaces de prevención de las intoxicaciones de la infancia.
- Poner en marcha centros de tratamiento de las intoxicaciones.
- Los países deben promulgar una legislación y establecer normas en materia de fabricación, almacenamiento, distribución y eliminación de las sustancias potencialmente tóxicas.
- Los países deben promulgar leyes que exijan los envases con cierre de seguridad a prueba de niños, para los medicamentos, los plaguicidas, los raticidas y otros productos de uso doméstico potencialmente tóxicos.
- La industria debe cumplir una función más activa en la reducción de la presencia de productos tóxicos y procurar el uso de envases seguros en los productos de uso doméstico.
- Se deben elaborar protocolos de tratamiento que ayuden en la evaluación y el tratamiento inicial de los posibles casos de intoxicación en los niños.

Limitaciones en materia de datos

Los datos sobre el alcance y las características de las lesiones, son esenciales para determinar las cuestiones prioritarias, conocer las causas de las lesiones e identificar los grupos con alto riesgo de padecer lesiones. En la Unión Europea existe una *European Injury Data Base* (IDB). Además, los diferentes países cuentan con sistemas de recogida de datos relacionados con las lesiones. Aun así, la recogida de datos es insuficiente.

Para intentar paliar lo anterior, el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea aprobaron en 1999 un Programa de Prevención de Lesiones para contribuir con aquellas actividades o acciones que trataran de disminuir la incidencia de las lesiones, especialmente las provocadas por accidentes domésticos o por actividades de recreo y ocio.

Los objetivos son:

1. Realizar un seguimiento de las causas de las lesiones producidas por medio de un sistema comunitario de recogida e intercambio de datos basado en el **HLTA** (Household and in Leisure Time Activities Accidents) y que en España se conoce bajo el nombre de **Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio** (D.A.D.O.)
2. Llevar a cabo un uso de la información obtenida de dichos datos, para ayudar a determinar las prioridades y estrategias a realizar en el ámbito de la salud pública, de la seguridad de productos y de los servicios de consumo.

La **Alianza Europea para la Seguridad Infantil** (*European Child Safety Alliance*) es una iniciativa de la Asociación Europea para la Seguridad del consumidor (*European Consumer Safety Association*), para avanzar en la prevención de lesiones en la infancia en Europa. Entre sus objetivos figuran, en primer lugar, estimular la búsqueda y aplicación de políticas adecuadas y provocar cambios profundos y, en segundo término, establecer una red de comunicación para

compartir programas efectivos, mejores prácticas y la información recogida en toda Europa. Desde la Alianza se han impulsado diversos proyectos para la prevención de las lesiones de los menores. (Tabla 1)

Tabla 1.
Proyectos europeos para la prevención de las lesiones

Proyecto	Periodos	Países participantes	Informes
Proyecto CSAP (Plan de acción para la seguridad infantil)	2004 – 2007	18	2007
	2007 – 2010	26	2009
Proyecto TACTICS (Tool to Address Childhood Trauma, Injuries and Children Safety - Herramienta para abordar trauma de la niñez, Lesiones y Seguridad Infantil)	2011 – 2012	30	2012
Proyecto JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe – Acción Conjunta sobre el control de las lesiones en Europa)	2010 -2014	26	-

España ha participado en todos los proyectos citados.

Los tres proyectos incluyen la recogida de datos del nivel de seguridad de la población infantil en los países participantes, realizándose un informe y perfil de seguridad de cada país. Los países que participan pueden comparar y valorar su evolución a lo largo de todos estos años.

El proyecto **JAMIE** es un sistema de recogida de datos sobre lesiones en un hospital en cada uno de los estados miembros de la UE, común a los países participantes. Estos hospitales notifican sistemáticamente datos sobre lesiones en la UE-base de datos. (IBD Base de datos de Lesiones Europea). El proyecto cuenta con la participación de los gobiernos nacionales.

En España, los datos relativos a las lesiones se recogen, entre otras, de las siguientes fuentes: (Tabla 2)

Tabla 2.
Fuentes de datos España

Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad por causas. Anuales
Encuesta Nacional de Salud. Cada 5 años
Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio (D.A.D.O)
Informes sobre siniestralidad de la Dirección General de Tráfico. Anuales
Observatorio Toxicológico. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas
Iniciativas privadas: empresas aseguradoras

CONSECUENCIAS DE LOS ACCIDENTES

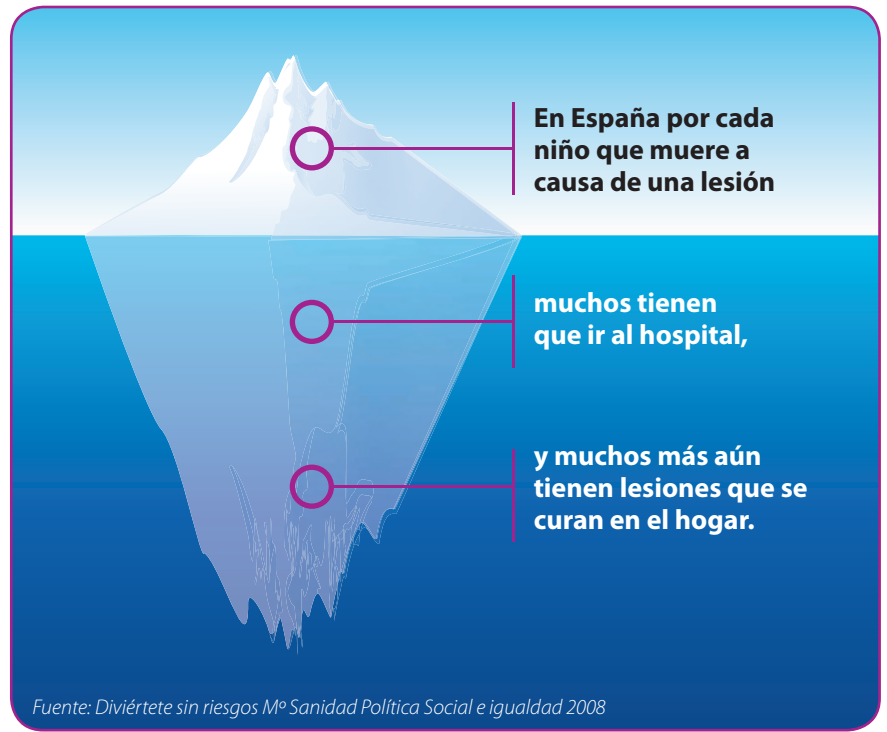
Los accidentes pueden causar lesiones físicas y/o psíquicas, e incluso la muerte.

Los principales mecanismos que producen muertes, por lesiones no intencionadas en la infancia son los siguientes:

- los accidentes de tráfico
- los ahogamientos
- los envenenamientos
- las quemaduras
- las caídas

El número de muertos revela solamente una pequeña fracción de los accidentes que sufren los niños. De hecho, la OMS se ha referido a la mortalidad como «la parte visible de un iceberg», pues por cada muerte deben contabilizarse aproximadamente 40 personas ingresadas y 1.000 que requirieron atención médica por lesiones no intencionadas. (Figura 8)

Figura 8.
Consecuencias de las lesiones



Según la OMS, las lesiones son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, provocando cada año cerca de 950.000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años (OMS 2008, Carga Mundial de Morbilidad: actualización del 2004). Las lesiones no intencionadas representan casi el 90% de estos casos, y son la principal causa de muerte en los niños de 10 a 19 años. En la siguiente tabla se detallan el lugar que ocupan los diferentes tipos de lesiones no intencionadas como causas de mortalidad infantil. (Tabla 3)

Tabla 3.
Lugar que ocupan las lesiones no intencionadas como causas de mortalidad infantil por edad (Organización Mundial de la Salud 2004)

Tipo de lesión	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años
Traumatismos causados por el tránsito	8º	2º	2º
Ahogamientos	9º	6º	3º
Quemaduras	11º	11º	12º
Caídas		12º	

Muchas de las lesiones en la infancia están muy ligadas a factores socioeconómicos. De hecho, el riesgo de sufrir una lesión es mayor en los niños/as de países menos desarrollados. En la Unión Europea, el riesgo de morir por causa de una lesión, es cinco veces mayor en el Estado miembro que tiene el índice de pobreza más alto, que en el que tiene el índice más bajo.

Coste de las lesiones no intencionadas

El coste de las lesiones son enormes. No hay datos mundiales sobre el coste de las lesiones no intencionadas en los niños en su conjunto. Una evaluación reciente realizada en los Estados Unidos, ha mostrado que los costes médicos y las pérdidas de productividad como resultado de todas las lesiones de los niños de 0 a 14 años son aproximadamente de 50.000 millones de dólares. En los países en desarrollo, solo los traumatismos causados por el tránsito representan del 1% al 2% del producto interior bruto anual (cerca de 100.000 millones de dólares). En España, la Dirección General de Tráfico estimó en 2013 que el coste anual de los accidentes de tráfico puede oscilar entre 5.000 y 9.000 millones de euros.

DATOS DE ESPAÑA

En España se realiza un seguimiento de las lesiones producidas en el ámbito doméstico y de ocio, mediante el D.A.D.O. En este registro, **5 de cada 100 españoles** sufrieron un percance en 2011. En la tabla 4 se detallan, según la edad, el porcentaje de accidentes detectados, el número estimado de personas afectadas, la población española total de cada grupo de edad, el porcentaje de accidentados, y la incidencia de los mismos.

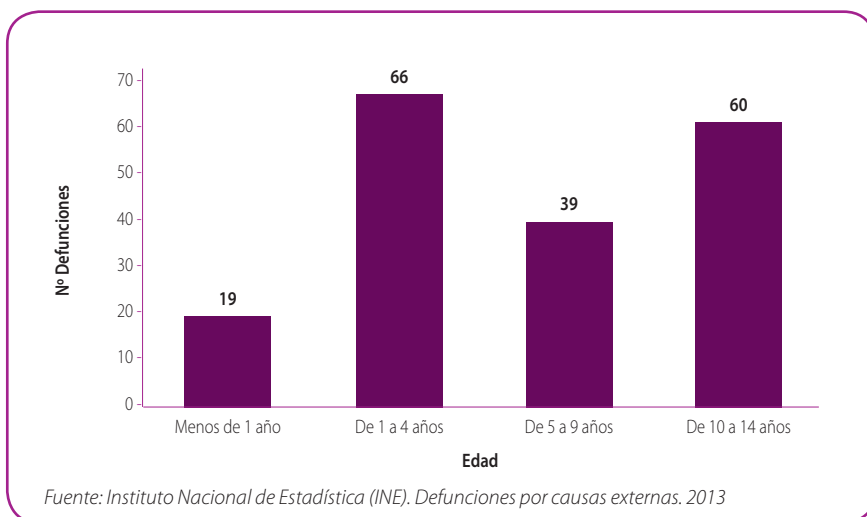
Tabla 4.
Distribución de accidentes D.A.D.O. (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) en el año 2011 según distribución de la población

Distribución de los accidentes	% accidentes	Estimación individuos afectados	Población por intervalos*	% población	% incidencia
Menos de 1 año	0,2	5.153	460.270	0,98	0,01
De 1 a 4 años	5,5	141.713	2.010.290	4,26	0,30
De 5 a 14 años	12,1	311.769	4.543.618	9,63	0,65
De 15 a 24 años	12,6	324.652	4.879.161	10,34	0,69
De 25 a 44 años	28,5	734.331	15.282.917	32,39	1,56
De 45 a 65 años	21,4	551.393	12.402.198	26,28	1,17
Más de 65 años	19,7	507.590	7.612.039	16,13	1,08
Total	100,00	2.576.601	47.190.493	100,00	5,46

Fuente D.A.D.O. 2011 * Población total cuantificada en el Padrón municipal 2011 (INE2011)

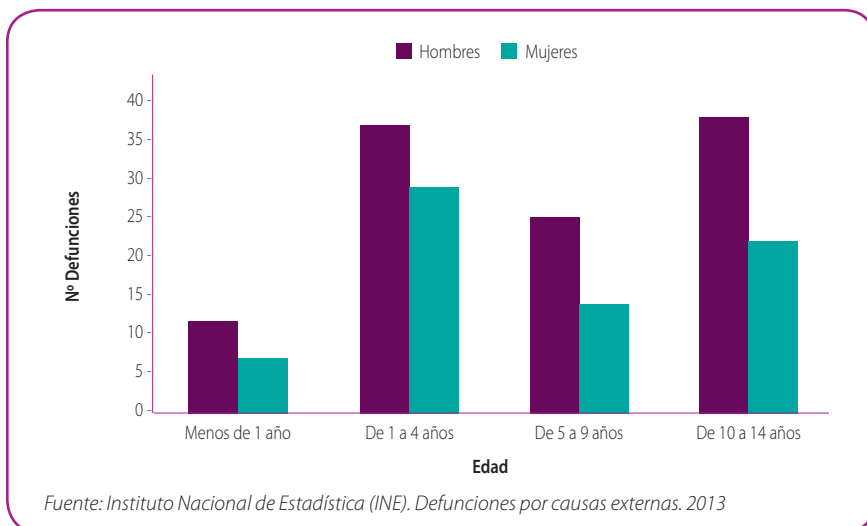
En España, la mortalidad por causas externas supuso el 3,8% de todas las defunciones en 2013. Entre las causas externas se incluyen los suicidios, accidentes de tráfico, ahogamientos, caídas accidentales, envenenamientos, accidentes por fuego, etc. En menores de 14 años, el número de defunciones por grupos de edad, por una causa externa, se representa en la figura 9. Estas causas son el principal motivo de mortalidad en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 10 a 39 años.

Figura 9.
Mortalidad en menores de 14 años
(tasa por 100.000 habitantes) por
causas externas. 2013



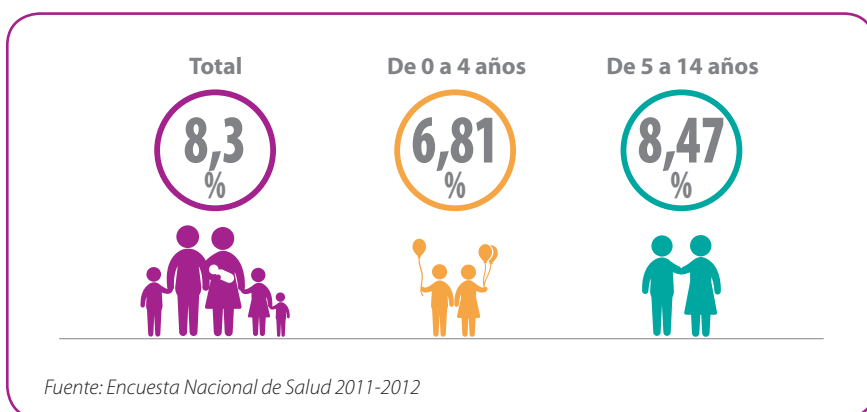
Como era de suponer, existen diferencias en relación al sexo. En España, la tasa de mortalidad por sexos debido a causa externas por 100.000 habitantes en menores de 14 años, se expone en la figura 10.

Figura 10.
Mortalidad en menores de 14 años
(tasa por 100.000 habitantes) por
causas externas, según sexo. 2013



En la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-2012, se pregunta a los encuestados sobre el hecho de "haber sufrido un accidente en los últimos 12 meses". El porcentaje total de personas que habían sufrido un accidente fue de 8,3%. Este porcentaje, en los menores de 5 a 14 años, fue de 8,47%. (Figura 11)

Figura 11.
Personas que han sufrido un
accidente en los últimos 12 meses



La importancia de las lesiones no intencionadas en los menores se aprecia en ciertos datos de la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2011-2012. Estos datos comparan circunstancias de la lesión (lugar donde se produce, tipo de lesión producida y tipo de asistencia sanitaria recibida) en los menores de 14 años con el total de las personas que han sufrido un accidente. (Figuras 12, 13 y 14).

Figura 12.
Lugar del accidente en relación con la edad

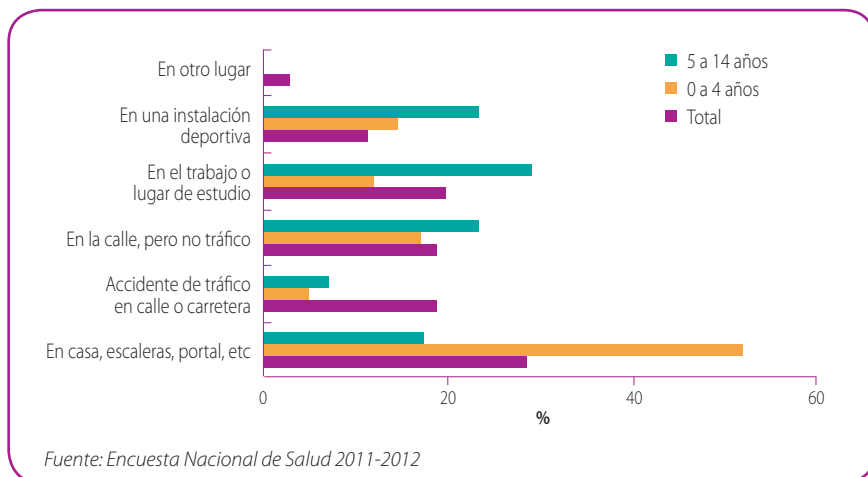


Figura 13.
Tipo de lesiones producidas en los accidentes en relación con la edad

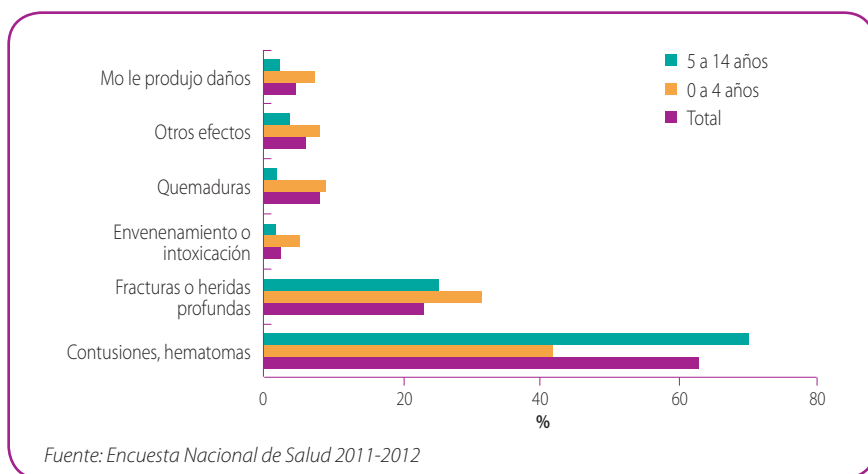
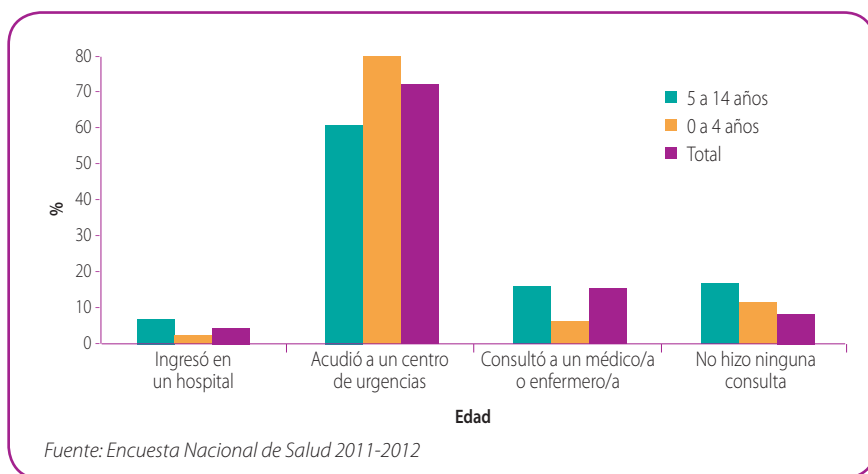


Figura 14.
Tipo de asistencia sanitaria recibida en relación con la edad



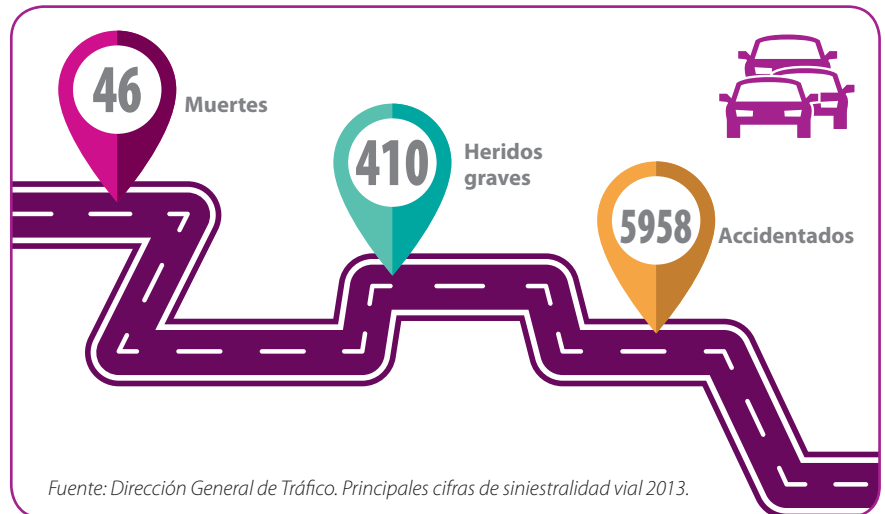
Según la ENSE de 2011-2012, el 80% de los niños de 0 a 4 años que habían sufrido un accidente, acudió a un centro de urgencias.

Lesiones por tráfico

Las lesiones no intencionadas producidas por el tráfico en 2012, fueron la 2ª causa de mortalidad en menores de 1 a 14 años y la 5ª en menores de 1 año.

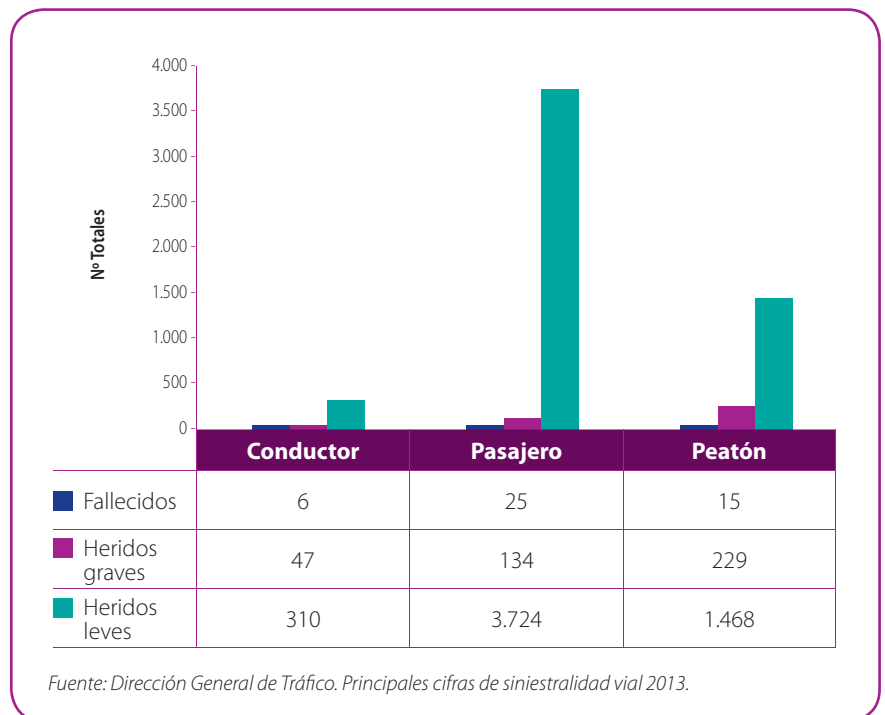
En el apartado "Principales cifras en siniestralidad vial 2013" del informe de la Dirección General de Tráfico (DGT), se pone de manifiesto que en el grupo de edad de 0 a 14 se produjeron 46 fallecimientos. (Figura 15)

Figura 15.
Lesiones por accidentes de tráfico en menores de 14 años



El tipo de lesión producida en los accidentes de tráfico varía según el menor sea peatón, pasajero o conductor. (Figura 16)

Figura 16.
Consecuencias en las víctimas menores de 14 años, de las lesiones producidas por el tráfico, según se traten de conductor, pasajero o peatón. 2013



Los fallecidos menores de 14 años en vías urbanas e interurbanas han descendido entre 2010 y 2013, tanto si eran peatones, pasajeros o conductores. (Figuras 17 y 18)

Figura 17.

Menores de 15 años fallecidos en accidentes en vías urbanas 2010-2013, según fueran conductor, pasajero o peatón

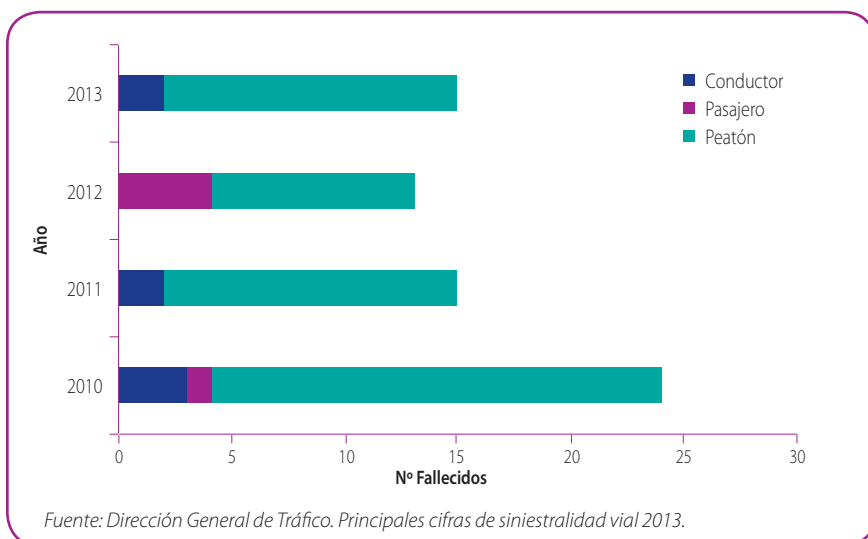
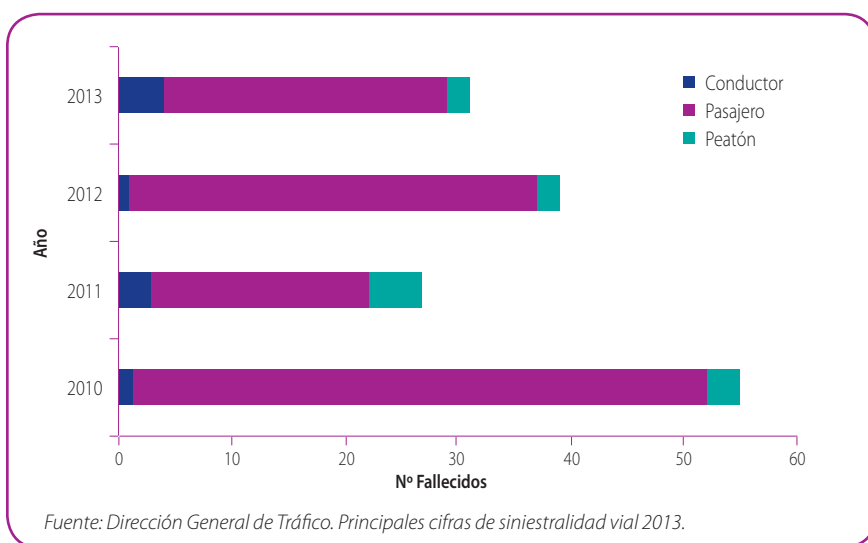


Figura 18.

Menores de 15 años fallecidos en accidentes en vías interurbanas 2010-2013, según fueran conductor, pasajero o peatón



En relación a la utilización de dispositivos de seguridad en los vehículos, tanto en ciudad como en carretera, más del 93% refiere utilizarlos siempre. Aun así, más del 2% no los utiliza nunca en la ciudad. De los 20 niños menores de 12 años que fallecieron tras un accidente mientras viajaban en turismo o furgoneta, 4 no utilizaban sistema de retención infantil, al igual que 14 de los 88 heridos graves, ni 197 de los 2741 heridos leves.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las lesiones no intencionadas no son acontecimientos fortuitos sino problemas de salud causados por la exposición a agentes físicos conocidos. Es posible prevenir de forma efectiva las lesiones, de la misma manera que se previenen otros problemas de salud. Esto se puede hacer de diferentes maneras:

- Evitando la exposición de los niños a ciertos incidentes que podrían causar una lesión. Es lo que se denomina **PREVENCIÓN PRIMARIA**.
- Reduciendo las consecuencias de estos incidentes en el caso de que lleguen a producirse. Es lo que se conoce como **PREVENCIÓN SECUNDARIA**.
- Proporcionando el tratamiento más efectivo para reducir la gravedad y las secuelas de las lesiones. Es la llamada **PREVENCIÓN TERCIAIA**.

Uno de los problemas para conseguir una PREVENCIÓN EFECTIVA en las lesiones no intencionadas son las barreras que existen en la sociedad a partir de ideas preconcebidas, como las que se detallan en la tabla 5.

Tabla 5.
Barreras para la prevención

Ideas como que...			
Suceden:	Por azar	Consecuencias:	Resignación
	Por la fatalidad		
Son:	Imprevisibles		
	Inevitables		

La prevención tiene que estar dirigida a los elementos, que ya se han comentado que intervienen en la producción de las lesiones: el huésped, el agente y el medio.

Podemos diferenciar tres tipos de estrategias complementarias: epidemiológicas, legislativas y educativas.

Epidemiológicas

Realización de investigaciones sistemáticas y continuas sobre las causas que motivan los accidentes, los mecanismos, las personas que los sufren con más frecuencia y aquello que los origina.

Legislativas

Esencialmente van encaminadas a la implantación de leyes y de medidas reguladoras para que los elementos de consumo y del entorno sean seguros y, por tanto, que el usuario o consumidor no sufra daños y lesiones al usarlos o consumirlos.

Educativas

Dado que la mayoría de los accidentes se producen por unos comportamientos humanos incorrectos, uno de los objetivos de la prevención es el educar a los ciudadanos para que actúen de forma segura en todo momento. La prevención debe estar orientada a conseguir comportamientos seguros.

Como en cada edad se producen unos riesgos concretos, la educación pretende ayudar a que cada colectivo disponga de la información y del entrenamiento oportuno para evitarlos.

Los principios básicos de las estrategias educativas son los siguientes:

- La educación en la seguridad debe comenzar desde la infancia.
- La sensibilización por la seguridad debe fomentarse de una manera especial en los padres, educadores, autoridades y grupos sociales que tengan responsabilidades políticas, educativas y sanitarias.
- Hay que proporcionar una información suficiente sobre las características de los bienes y productos de consumo y sus instrucciones de uso. Los fabricantes y también la administración deben participar en esta tarea.
- Entrenar a los consumidores a actuar de acuerdo a las reglas de seguridad en todo momento.

¿QUIÉN DEBE PROMOVER LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES NO INTENCIONADAS EN LA INFANCIA?

Papel de los padres y educadores

En las primeras edades, los pequeños carecen de preparación y experiencia para hacer frente a los peligros. Por lo tanto, los padres, maestros y educadores en general, son quienes deben protegerles y quienes deben aplicar de una forma especial las medidas de seguridad.

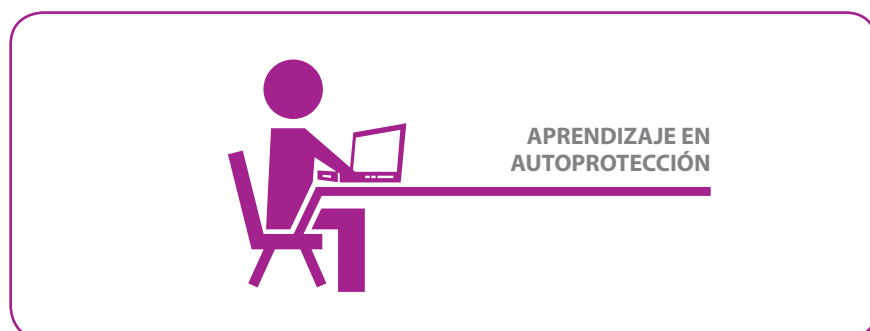
Los padres, maestros y educadores en general, deben cerciorarse de que las instalaciones, y todos los elementos materiales de la casa (mobiliario, electrodomésticos, juguetes, sillas para el coche, etc.) y los espacios donde viven y están los niños, cumplen las leyes y normas de seguridad vigentes.

Así son medidas protectoras todas las siguientes:

- Protectores de enchufes.
- Cierres de seguridad para cajones y armarios que contienen productos tóxicos, medicamentos o herramientas.
- Protecciones en ventanas y balcones.
- Recintos de juegos cerrados al tráfico.
- Vallas que evitan el acceso a las escaleras de los más pequeños.

No se debe caer en la sobreprotección. Los padres y educadores deben guiar a los niños y niñas para que adquieran autonomía y seguridad y sepan enfrentarse a los riesgos mediante un entrenamiento progresivo. (Figura 19)

Figura 19.
Educación de los menores
en prevención



Los padres y educadores pueden tener tres tipos de conductas en relación a los accidentes infantiles:

- Evitativas
- Prohibitivas
- Formativas

Con las conductas evitativas se pretende evitar cualquier riesgo de accidente, ya sea retirando del alcance de los hijos todo aquello que pueda suponer un riesgo, o bien evitando que el hijo incurra en situaciones de peligro. Estas medidas preventivas de evitación funcionan básicamente cuando los hijos son más pequeños, e irán desapareciendo a medida que vayan creciendo y se vayan apropiando del entorno.

Las conductas prohibitivas forman parte de la imposición de límites a los hijos. Estas conductas hacen su aparición a partir del momento en que el niño comprende órdenes y aprende a expresar sus deseos, en rivalidad con los de los padres.

Las conductas formativas nos hablan del entrenamiento que siguen los padres con los hijos en el recorrido de su educación, para que se vayan responsabilizando de sus propias acciones y los riesgos que implican. (Figura 20)

Figura 20.
Tipos de conductas
en la relación padres -hijos

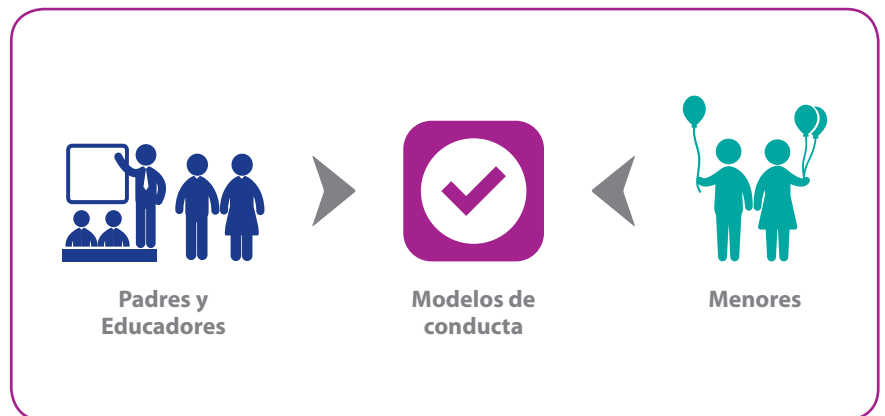


Además, en las conductas formativas, se debe valorar que el entorno escolar, por sus propias características, contribuye de forma eficaz en esta tarea.

A la hora de conducirse con los hijos, de una u otra manera, van a ser determinantes tanto la personalidad de los padres, como la de los propios hijos y la relación que se haya establecido entre ellos. Otra serie de factores más circunstanciales también influyen. Es el caso del momento en el que se vaya a ejercer la autoridad, el estado de ánimo que se tenga, etc.

Debemos considerar básico el comportamiento de los adultos que comparten algún tiempo con los niños (padres, cuidadores, familiares...), puesto que los pequeños lo toman como modelo a imitar. (Figura 21)

Figura 21.
Modelos de conducta
de los padres



Papel de las autoridades sanitarias y políticas en la prevención de lesiones infantiles

Las autoridades sanitarias y políticas deben garantizar:

- la vigilancia
- la información
- la educación

Además deben:

- promulgar leyes adecuadas y exigir su cumplimiento
- proporcionar asistencia sanitaria y la rehabilitación cuando se produce la lesión

Papel de las comunidades en la prevención de lesiones infantiles

La sociedad, en general, puede contribuir a crear comunidades seguras exigiendo y desarrollando:

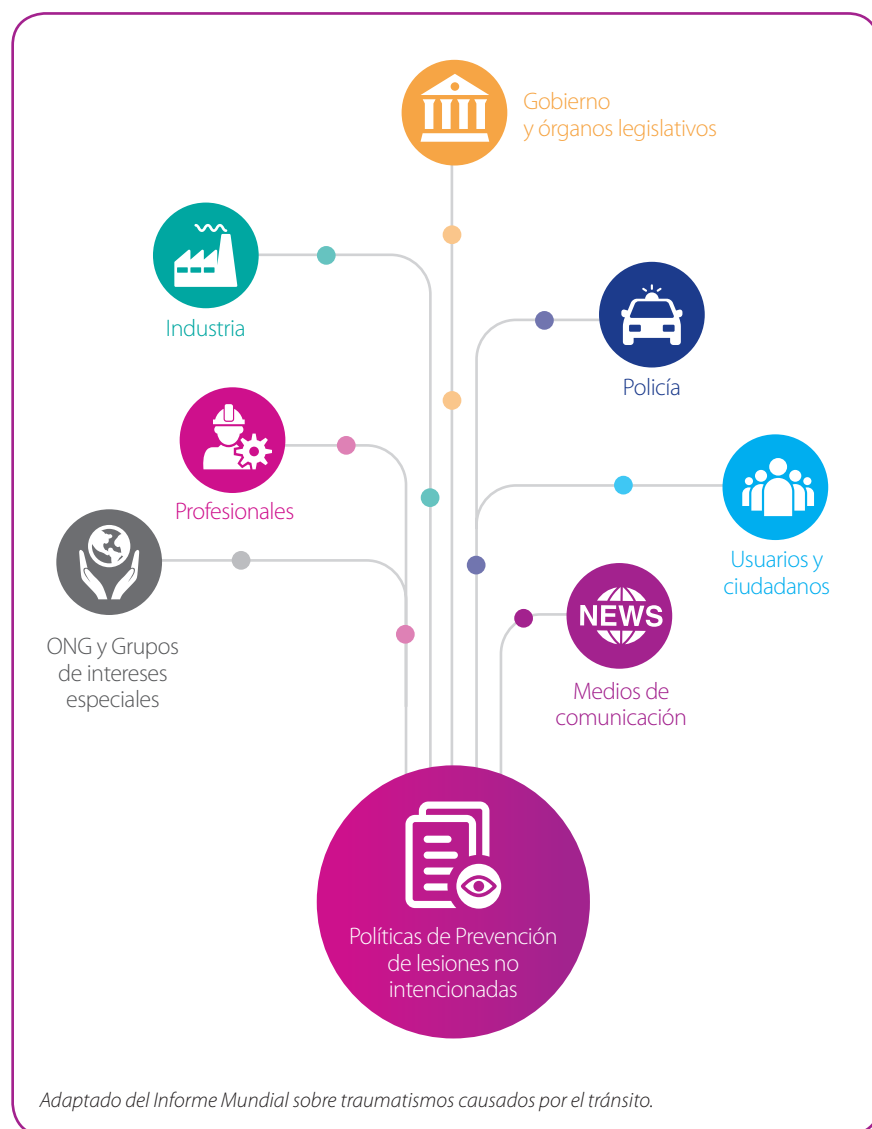
- ambientes seguros
- el cumplimiento de las normas
- leyes efectivas

Las actuaciones que se deben aplicar para realizar la prevención de las lesiones no intencionadas, se pueden resumir en:

- **Vigilar ¿cuál es el problema?**
- **Identificar los factores de riesgo**
- **Elaborar y evaluar las intervenciones eficaces**
- **Aplicación de las intervenciones eficaces**

En definitiva, se debe tener en cuenta que los responsables para la elaboración de las políticas eficaces en la prevención de las lesiones no intencionadas, **"SOMOS TODOS"**. (Figura 22)

Figura 22.
Entidades y colectivos
claves que influyen
en la elaboración de las políticas



BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza Europea para la seguridad infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/SegInfantil_AlianzaEuropea.htm
2. Asociación Española de Pediatría: Enfamilia. <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/deporte-prevencion-lesiones>
3. Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones no intencionadas. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/comite-seguridad-y-prevencion-lesiones-no-intencionadas-en-infancia>
4. Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio. http://consumo-inc.gob.es/publicac/textos/informe_DADO-2011-2012.pdf
5. Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 20.2.1999. p 46.
6. Dirección General de Tráfico. Principales cifras de siniestralidad vial 2013
7. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Instituto de Información Sanitaria) e INE. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_ValoresAbsolutos.pdf
8. Estadísticas sanitarias mundiales. OMS 2014 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
9. Guía de accidentes. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.2013. http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/accidentes_completo_18022013.pdf
10. Informe europeo para la prevención lesiones en la infancia Universidad de Navarra. OMS 2008. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/prevLesionesOMS.htm>
11. Informe Mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños. OMS. UNICEF. 2011. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/InformeprevLesionesMundial.htm>
12. Informe Mundial sobre traumatismos causados por el tránsito. Resumen. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/accidentesTrafico/informeMundial.htm>
13. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad por causas. 2013. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/prov/I0/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>
14. Lesiones no intencionales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/accidentesyLesiones.htm>
15. Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia. <http://faros.hsjdbcn.org/es/seguridad>
16. Lesiones Unión Europea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/UE.htm>
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Campañas - Campañas 2007-Prevención de accidentes infantiles.
18. Observatorio Toxicológico. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. www.seup.org/pdf_public/gt/intox_observatorio.pdf
19. Observatorio Toxicológico. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. http://www.seup.org/pdf_public/b_intox/boletin_7-1.pdf
20. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. Previnfad 2011. http://www.aepap.org/previnfad/rec_accidentes_domesticos.htm
21. Programa de Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios. Ayuntamiento de Madrid. Área de salud y Consumo. Dirección de Servicios de Higiene y Salud Pública. Departamento de Salud. Depósito legal: M25242-2000.
22. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. <http://www.seup.org/gt/gtintoxicaciones.html>
23. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. <http://www.seup.org/gt/gtlesiones-nointensionales.html>
24. Zayas Mujica R, Cabrera Cárdenas U, Simón Cayón D. ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales? Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. Rev. Cubana Pediatr. 2007; 79(1)

