

## Accidentes en la infancia. Resultados del Servicio de Urgencias del Hospital La Fe

C. Casaní Martínez\*, M. Morales Suárez-Varela\*\*.

\*Especialista en Pediatría. Doctora en Medicina. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

\*\*Profesora de Universidad. Doctora en Medicina. Unidad de Salud Pública.

Universitat de Valencia. Unidad Clínico-Epidemiológica.

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

---

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la epidemiología de los accidentes infantiles atendidos en un Servicio de Urgencias hospitalario con vistas a la prevención.

**Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo con componente analítico. Hospital Infantil La Fe, Valencia, que cubre una población pediátrica de 164.127 niños de 0-14 años. Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y remitidos a su domicilio por un accidente, durante 1993.

**Resultados:** Se atendieron 50.726 pacientes, 10.800 (21,3%) por accidente. Incidencia anual de 5.959,4/100.000. Predominio de varones (57,1%)( $p = 0,000$ ) y de 0-4 años (41,3%)( $p = 0,000$ ). Edad (media\*DE) 74,3  $\pm$  41,9 meses. Significación ( $p = 0,001$ ) de edad y sexo (varones 75,4  $\pm$  41,6 meses; niñas: 72,7  $\pm$  42,3). Máximo lunes (15,6%)( $p = 0,000$ ) y junio (10,5%)( $p = 0,000$ ). Principales diagnósticos: contusiones (23,5%), heridas (19,3%) y fracturas (13,6%); en el 1% la exploración fue normal. Acudieron al hospital espontáneamente el 77,2% y pertenecían al sector sanitario La Fe el 90,6%. Significación del diagnóstico y sexo ( $p = 0,000$ ), edad ( $p = 0,000$ ), número de habitantes de la población de residencia ( $p = 0,000$ ), provincia ( $p = 0,033$ ), hora de llegada ( $p = 0,000$ ), día de la semana ( $p = 0,000$ ), mes ( $p = 0,000$ ), procedencia (espontánea o con atención médica previa)( $p = 0,000$ ) y sector sanitario ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** Se deberían realizar campañas de educación sanitaria para disminuir la frecuencia de accidentes en la infancia, sobre todo en varones y edades 0-4 años y mejorar la utilización de los servicios sanitarios accediendo al nivel adecuado según gravedad y urgencia del paciente lesionado.

**Palabras clave:** Accidentes, Infancia, Pediatría, Servicio de Urgencias, Prevención.

### Abstract

**Objective:** To analyse the epidemiological characteristics of the children treated for accidents in an Emergency Service, with a view to the adoption of preventive measures.

**Method:** A descriptive, retrospective study with an analytical component, conducted in La Fe Children's Hospital (Valencia, Spain) – a centre that covers a pediatric population of 164,127 children aged 0-14 years. The study series consisted of patients treated in the Emergency Service and sent home following accidents during 1993.

**Results:** A total of 50,726 emergency visits were recorded, 10,800 (21.3%) due to accidents. Annual incidence: 5,959.4/100,000. Male predominance (57.1%)( $p = 0.000$ ) and 0-4 years age range (41.3%)( $p = 0.000$ ). Age (mean  $\pm$  SD) 74.3  $\pm$  41.9 months. Significance ( $p = 0.001$ ) for age and sex (boys 75.4\*41.6 months; girls: 72.7  $\pm$  42.3). Maximum on Mondays (15.6%)( $p = 0.000$ ) and the month of June (10.5%)( $p = 0.000$ ). Principal diagnoses: contusions (23.5%), wounds (19.3%) and fractures (13.6%); in 1% exploration proved normal. A total of 77.2% spontaneously presented to hospital, and 90.6% pertained to the La Fe recruitment sector. Significance for diagnosis and sex ( $p = 0.000$ ), age ( $p = 0.000$ ), number of inhabitants of the residency population ( $p = 0.000$ ), province ( $p = 0.033$ ), time of arrival to hospital ( $p = 0.000$ ), day of the week ( $p = 0.000$ ), month ( $p = 0.000$ ), origin (i.e., spontaneous or with prior medical care)( $p = 0.000$ ) and health care sector ( $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** Health education campaigns should be implemented to reduce the frequency of accidents in childhood, particularly among boys and in the 0-4 years age range. In addition, the utilization of available health care services should be improved, with access to the appropriate levels of care according to the seriousness and urgency of the accident.

**Key words:** Accidents, Childhood, Pediatrics, Emergency Service, Prevention.

## Introducción

Los accidentes en los niños constituyen un problema prioritario para la población puesto que el impacto es inmenso en términos de coste médico directo, coste económico a la sociedad y las tremendas repercusiones de la muerte y la incapacidad<sup>1-8</sup>. Uno de cada cuatro<sup>8</sup> o cinco<sup>9</sup> niños requiere tratamiento en los servicios de urgencias cada año por una lesión accidental y 5-10% de ellos son hospitalizados<sup>8</sup>.

El interés de los estudios sobre accidentes radica en la posibilidad de prevenirlos. Cuánto más preciso sea el conocimiento de lo que sucede, tanto más fácil será tomar medidas acertadas para su prevención. Por otra parte, las costumbres varían de unas comunidades a otras por lo que los estudios epidemio-

lógicos realizados en un país o región no siempre serán válidos para otros. Las circunstancias de una misma comunidad además varían de un tiempo a otro, por lo que los estudios deben ser permanentes<sup>10,11</sup>.

El objetivo del presente estudio es analizar las características epidemiológicas de los accidentes infantiles atendidos en un Servicio de Urgencias hospitalario con vistas a la prevención.

## Pacientes y método

El Hospital Infantil La Fe de Valencia, de 287 camas<sup>12</sup>, cubre una población pediátrica de 164.127 niños de 0-14 años<sup>13-16</sup>.

Se revisaron las fichas de todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del 1 de enero al 31 de di-

ciembre de 1993, seleccionando los correspondientes a accidentes visitados y remitidos a su domicilio. Como accidente se consideró la definición de la OMS: "un acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental"<sup>17</sup>.

Se excluyó la toxiinfección alimentaria y las reacciones alérgicas, medicamentosas o vacunales. En los envenenamientos se excluyeron las ingestiones voluntarias o los intentos de suicidio. Las lesiones por quemadura no se revisaron porque dichos pacientes son visitados en un servicio independiente dentro de la Ciudad Sanitaria La Fe.

Se obtuvieron datos de la edad, el sexo, el calendario vacunal, la población, el número de habitantes<sup>18</sup> y la provincia de residencia, la procedencia espontánea o con atención médica previa, la pertenencia o no al sector sanitario La Fe, la hora de llegada, el día y el mes, las lesiones que presentaba el paciente, el mecanismo de producción y si se realizó estudio por la imagen.

La sectorización hospitalaria por distritos sanitarios se obtuvo de la Generalitat Valenciana<sup>13</sup>. El número de pacientes según sector sanitario sirvió para el cálculo de la incidencia.

Las lesiones se codificaron según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC)<sup>19</sup>. La normalidad se consideró como posible diagnóstico.

Las fichas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias se ordenan por meses y, dentro de cada mes, alfabéticamente por apellidos del paciente. Dado el archivo independiente por meses, no fue posible identificar los diferentes episodios accidentales por los que acudió un paciente a lo largo de todo el año. Por tanto, la estadística está realizada sobre la base del número de accidentes, no del número de pacientes.

De cada una de las variables cuantitativas de la muestra se calculó: número de observaciones de la variable, valor medio, desviación estándar, valor máximo y valor mínimo. De las variables cuantitativas y cualitativas se calculó: frecuencia absoluta, frecuencia relativa en porcentaje e intervalo de confianza al 95%. Para el estudio de comparabilidad de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado (comparación de proporciones) y para las cuantitativas el test de la varianza de Fisher (comparación de medias) con un nivel de significación del 95%.

## Resultados

Durante el período de estudio se atendieron 50.726 pacientes en el Servicio de Urgencias, de los cuales 11.717 (23,1%) correspondieron a accidentes. De ellos se hospitalizaron 917 pacientes y 10.800 (21,3% del total) se valoraron y remitieron a su domicilio, siendo estos últimos el objeto del presente estudio.

De los niños accidentados que no precisaron ingreso, 9.781 pertenecían al sector sanitario La Fe lo que representa una incidencia anual de 5.959,4 /100.000 niños de 0-14 años (10.298,0/100.000 niños de 0-4 años, 7.531,2/100.000 de 5-9 años, 2.505,5/100.000 niños de 10-14 años).

La Tabla I proporciona información sobre los pacientes que sufrieron un accidente y fueron atendidos en el Servicio de Urgencias.

La edad (media  $\pm$  DE) de los pacientes fue 74,3  $\pm$  41,9 meses (< 1-194 meses). La moda estuvo en 10 años (12,6%) y sólo 6 pacientes eran < 1 mes. En cuanto al sexo, hubo un predominio de varones estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ), siendo la razón de masculinidad 1,3:1.

Los niños residían en 122 poblaciones de la provincia de Valencia. Un 35,5% procedían de Valencia capital.

La media de la hora de llegada al hospital fue 16,7  $\pm$  4,8 (0,00-23,59), moda

a las 20 horas (9,4%). Hubo diferencias significativas según el día de la semana ( $p = 0,000$ ) y según el mes ( $p = 0,000$ ).

Los diagnósticos al tercer dígito de la CIE-9-MC y porcentaje  $\pm$  2% fueron: otra herida de cabeza 12%; lesión intracranial de otro tipo y de tipo no especificado 10,2%; contusión de miembro inferior y de otros sitios y de sitios no especificados 9,8%; contusión de miembro superior 7,9%; esguinces y torceduras de tobillo y pie 7,6%; luxación de codo 5,3%; fractura de radio y cúbito 4,7%; contusión de cara, cuero cabelludo y cuello salvo ojo(s) 2,8%; contusión de tronco 2,5%; fractura de una o más falanges de la mano 2,5%; esguinces y torceduras de muñeca y mano 2,4%.

Los grandes grupos diagnósticos según la CIE-9-MC se reflejan en la Tabla II.

El mecanismo de producción según la ficha del Servicio de Urgencias fue: casual 96,8%; accidente de vehículo de motor 1,8%; mordedura de animal 1,0%; arañazo de animal 0,1%; arma de fuego 0,1%, no consta 0,1%.

Se realizó estudio por la imagen en 64,6% de los pacientes.

La Tabla III presenta los resultados de la significación de diferentes variables de los niños accidentados.

Existió significación estadística de la edad y sexo ( $p = 0,001$ ) con una media

**Tabla I.** Aspectos epidemiológicos de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por accidente

		Fa (n=10.800)	Fr (%)	IC 95%
Edad (años)	0-4	4.458	41,3	40,3-42,2
	5-9	4.341	40,2	39,3-41,1
	10-14	1.980	18,3	17,6-19,1
	> 14	6	0,1	0,0-0,1
	no consta	15	0,1	0,1-0,2
Sexo	varón	6.169	57,1	56,2-58,1
	mujer	4.628	42,9	41,9-43,8
	no consta	3	0,0	0,0-0,1
Calendario vacunal	correcto	1.737	16,1	15,4-16,8
	incompleto	119	1,1	0,9-1,3
	no consta	8.944	82,8	82,1-83,5
Nº habitantes	< 2.000	231	2,1	1,9-2,4
	2.000-10.000	1.885	17,5	16,7-18,2
	> 10.000	8.527	79,0	78,2-79,7
Procedencia	fuera provincia	147	1,4	1,2-1,6
	no consta	10	0,1	0,0-0,2
Espontánea	sí	8.342	77,2	76,4-78,0
	no	2.458	22,8	22,0-23,6
Sector La Fe	sí	9.781	90,6	90,0-91,1
	no	998	9,2	8,7-9,8
	no consta	21	0,2	0,1-0,3
Hora	0-7	399	3,7	3,3-4,1
	8-15	3.959	36,7	35,7-37,6
	16-23	6.437	59,6	58,7-60,5
	no consta	5	0,0	0,0-0,1
Día	lunes	1.686	15,6	14,9-16,3
	martes	1.535	14,2	13,6-14,9
	miércoles	1.566	14,5	13,8-15,2
	jueves	1.577	14,6	13,9-15,3
	viernes	1.593	14,8	14,1-15,4
	sábado	1.434	13,3	12,6-13,9
	domingo	1.407	13,0	12,4-13,7
	no consta	2	0,0	0,0-0,1
	Mes	enero	705	6,5
febrero		680	6,3	5,8-6,8
marzo		866	8,0	7,5-8,5
abril		911	8,4	7,9-9,0
mayo		1.111	10,3	9,7-10,9
junio		1.134	10,5	9,9-11,1
julio		999	9,3	8,7-9,8
agosto		867	8,0	7,5-8,6
septiembre		881	8,2	7,6-8,7
octubre		986	9,1	8,6-9,7
noviembre		909	8,4	7,9-9,0
diciembre		750	6,9	6,5-7,4
no consta		1	0,0	0,0-0,1

Fa: Frecuencia absoluta. Fr: Frecuencia relativa.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

**Tabla II. Diagnósticos de los pacientes accidentados atendidos en el Servicio de Urgencias**

	CIE-9-MC	Pacientes			Sexo			Edad (meses)
		Fa	Fr	IC 95%	V	M	RM	Media ± DE
Normalidad	–	105	1,0	0,8-1,2	50	55	0,9:1	45,5*41,3
Fracturas	800-829	1473	13,6	13,0-14,3	851	620	1,4:1	90,1*34,8
Luxación	830-839	584	5,4	5,0-5,9	231	353	0,7:1	28,9*19,0
Esguinces	840-848	1413	13,1	12,5-13,7	731	682	1,1:1	98,4*31,3
Lesión intracraneal sin fractura	850-854	1100	10,2	9,6-10,8	658	442	1,5:1	52,2*41,5
Lesión interna tórax, abdomen y pelvis	860-869	1	0,0	0,0-0,1	1	–	–	94,0
Heridas	870-897	2089	19,3	18,6-20,1	1346	742	1,8:1	65,5*40,3
Lesión superficial	910-919	376	3,5	3,1-3,9	205	171	1,2:1	69,3*42,0
Contusión	920-924	2533	23,5	22,7-24,3	1444	1089	1,3:1	86,8*38,7
Aplastamiento	925-929	226	2,1	1,8-2,4	141	85	1,7:1	54,2*33,4
Cuerpo extraño	930-939	333	3,1	2,8-3,4	189	144	1,3:1	63,2*42,1
Quemaduras	940-949	9	0,1	0,0-0,2	6	3	2,0:1	57,1*58,0
Lesión de nervios y médula espinal	950-957	1	0,0	0,0-0,1	–	1	–	96,0
Envenenamientos	960-989	376	3,5	3,1-3,9	207	169	1,2:1	41,1*28,8
Otros	990-994	181	1,7	1,4-1,9	109	72	1,5:1	97,5*38,0
Total		10.800			6.169	4.628	1,3:1	74,3*41,9
		p*	0,000		p*	0,000		p† 0,000

V: Varones. M: Mujeres. RM: Razón de masculinidad.

Fa: Frecuencia absoluta. Fr: Frecuencia relativa (%). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

DE: Desviación estándar. \* Chi cuadrado. † ANOVA.

de edad de  $75,4 \pm 41,6$  meses en los varones y  $72,7 \pm 42,3$  en las niñas.

Según el estudio de comparabilidad (Chi cuadrado)(Tablas II y III), el diagnóstico fue significativo con el sexo: los varones consultaron por fracturas, lesiones intracraneales, heridas, aplastamientos y quemaduras en un porcentaje su-

perior al esperado y las niñas por luxaciones, esguinces, lesiones superficiales y envenenamientos. También fue significativo con la edad, de forma que de 0-4 años predominaron las luxaciones, lesiones intracraneales, heridas, lesiones superficiales, aplastamientos, cuerpos extraños y envenenamientos, de 5-9 las

**Tabla III.** Valor de la significación de diferentes aspectos epidemiológicos de los pacientes accidentados

	Diagnóstico	Mes	Día de la semana	Causa externa
Sexo	0,000	NS	NS	NS
Edad				
0-4/5-9/10-14 años	0,000	0,000	0,001	0,001
media (meses)	0,000	0,000	0,000	0,000
Nº habitantes	0,000	0,000	0,037	0,007
Provincia	0,033	0,000	0,048	0,000
Hora de llegada				
0-7/8-15/16-23	0,000	0,000	0,000	NS
media	0,000	NS	0,002	0,002
Procedencia	0,000	0,001	0,000	0,016
Sectorización	0,000	0,000	0,007	0,000
Causa externa	0,000	0,011	0,002	XXX
Día de la semana	0,000	0,000	XXX	XXX
Mes	0,000	XXX	XXX	XXX

NS: No significativo ( $p \geq 0,05$ ).

fracturas y de 10-14 años los esguinces y contusiones. Si se considera la edad media (Tabla II), la mínima correspondió a luxaciones (incluye la pronación dolorosa) y la máxima a esguinces.

Según número de habitantes de la población de residencia, destacó, en los municipios < 2.000: fracturas, luxaciones, esguinces y cuerpos extraños; 2.000-10.000: contusiones, aplastamientos y envenenamientos; > 10.000: lesión intracraneal, heridas y lesión superficial.

Se encontró significación de las lesiones según provincia. En los residentes en la provincia de Valencia predominaron los esguinces, contusiones y aplastamientos y en los procedentes de otras

provincias las fracturas, heridas, lesiones superficiales cuerpos extraños y envenenamientos.

En cuanto a la procedencia, acudieron de manera espontánea en número superior al esperado las luxaciones, esguinces, lesiones intracraneales, heridas, lesiones superficiales y con atención médica previa las fracturas, contusiones, aplastamientos, cuerpos extraños y envenenamientos.

Pertenecían al sector sanitario La Fe preferentemente las fracturas, luxaciones, esguinces, contusiones y aplastamientos y a otros sectores las lesiones intracraneales, heridas y cuerpos extraños.

El diagnóstico según la hora de llegada al hospital presentó diferencias significati-

vas: 0-7 horas predominaron las fracturas, lesiones intracraneales, lesiones superficiales, cuerpos extraños y envenenamientos; de 8-15 horas esguinces, contusiones y aplastamientos; de 16-23 horas las luxaciones y heridas. Si se considera la media, los diagnósticos más alejados de la media global fueron las quemaduras, que llegaron a las  $15,5 \pm 3,9$  horas y las heridas a las  $17,1 \pm 4,6$  horas.

Finalmente se observó preferencia de unos determinados diagnósticos según día de la semana. Así, los lunes predominaron los esguinces, contusiones y cuerpos extraños; martes: lesiones intracraneales; miércoles: envenenamientos; jueves: fracturas; sábado: luxaciones; domingo: heridas, lesiones superficiales y aplastamientos. De la misma manera con respecto a los meses del año: enero: luxaciones; febrero: contusiones; marzo: esguinces y lesiones intracraneales; junio: fracturas; julio: lesiones superficiales; agosto: heridas; septiembre: cuerpos extraños; octubre: aplastamientos y envenenamientos.

## Discusión

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud<sup>17</sup>, un accidente incluye daño corporal o mental por lo que nuestros resultados están infravalorando el número real de accidentes da-

do que no recuperan los niños con daño mental exclusivamente y tampoco los que presentaron una lesión corporal pero no acudieron al hospital. En los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, al incluir el diagnóstico de normalidad dentro de los posibles, está considerando, de algún modo, el daño mental.

El Hospital Infantil La Fe presenta especialidades y servicios de los tres niveles asistenciales por lo que la población sectorizada en el mismo cubre en él toda la atención hospitalaria, con independencia de los requerimientos o necesidades de la patología en curso<sup>20</sup>. Esto tiene la ventaja de poder estudiar todos los tipos de accidentes infantiles, excepción hecha de las quemaduras, que se atienden en un pabellón independiente. Sin embargo, la población puede acudir sin estar sectorizada en ellos, o bien acude por especialidades de niveles regionales de servicio, situación que se resuelve al eliminar de nuestros datos los casos cuyo lugar de residencia no corresponde a la sectorización comarcal del hospital, para el cálculo de la incidencia. Otra cuestión es el paciente, que hallándose sectorizado en el hospital de estudio, es atraído por otros hospitales, y que debería ser estimado para una valoración real de la ac-



cidentabilidad infantil, cálculo que no ha sido posible llevar a cabo en el presente estudio.

La incorporación de la totalidad de los pacientes durante un año ha evitado el error muestral y la variación estacional.

Al incluir en el estudio todos los pacientes atendidos en el Hospital Infantil sin límite de edad se ha cometido un error de clasificación puesto que la población de referencia era de 0-14 años. De todos modos, este error es mínimo y corresponde a seis de 10.800 niños atendidos en el Servicio de Urgencias y remitidos a su domicilio.

También se ha cometido un error similar al realizar el estudio estadístico en función del número de accidentes, en lugar del número de pacientes accidentados. Como se comentó en el diseño del estudio, esta información era irrecuperable.

En la bibliografía revisada, el número de accidentes del total de urgencias oscila de un 5,4% a un 33% 21-25, estando el 21,3% del presente artículo en un lugar intermedio. En cuanto a la incidencia, es difícil la comparabilidad de diferentes estudios puesto que la variabilidad puede deberse a diferencias en la definición de accidente, población de referencia (estudios de base poblacional, en urgencias u hospitalarios), criterios clínicos, evento medido (número de

accidentes o número de niños lesionados) o diferencias reales<sup>3, 26</sup>.

Por otro lado, el término accidente ha dificultado la realización de estudios sobre las causas y la prevención de las lesiones accidentales, ya que hace referencia a acontecimientos impredecibles e inevitables, asociación que en la actualidad se pretende evitar<sup>3, 9, 27</sup>. Por tanto, dicho término se está abandonando en favor de otro más preciso como "lesión"<sup>3</sup> o "trauma"<sup>27</sup>.

Existe coincidencia con la bibliografía revisada en cuanto al predominio del sexo masculino<sup>1, 3, 21, 23-33</sup>, en la hora de llegada entre 16 y 24 horas<sup>21, 24, 27, 29, 31</sup>, pero se aprecia variabilidad en cuánto a la edad de los pacientes, en nuestro caso en mayor número de 0-4 años como en otros estudios<sup>23, 24, 26, 31</sup> y en otros artículos preferentemente de 5-9 años<sup>1, 30, 33</sup> o de 10-14<sup>21, 27</sup>.

A pesar de tratarse de pacientes lesionados, llama la atención el bajo porcentaje en el que consta la situación del calendario vacunal.

La estructura de la población según lugar de residencia para la provincia de Valencia y Comunidad Valenciana<sup>34</sup> es urbana (> 10.000 habitantes) 77%, intermedia 17% y rural (< 2.000) 6%. Los pacientes accidentados atendidos en urgencias provienen de zonas urbanas en

un porcentaje superior a lo esperado, explicable por la mayor demanda de niños residentes en Valencia capital o poblaciones adyacentes. Además, los niños procedentes de zonas urbanas tienen diagnósticos en principio leves (lesión intracraneal, heridas y lesiones superficiales). Estos argumentos, unido a la alta demanda espontánea por parte de los pacientes y la patología banal (contusiones y heridas como diagnóstico más frecuente) explica la masificación de los servicios de urgencias de los centros hospitalarios y la necesidad de campañas de educación sanitaria<sup>21, 24, 35</sup>.

El por qué la edad de las niñas accidentadas es significativamente inferior a la de los varones es una incógnita. Sin embargo, la mayor actividad de los niños explicaría un incremento en la liberación de energía y, por tanto, unas lesiones diferentes en ambos sexos.

Por otro lado, las niñas presentan una exploración normal en un porcentaje superior a los varones, es decir, son llevadas al Servicio de Urgencias por haber sufrido un accidente que no ha dejado lesiones. Todavía las diferencias educacionales en nuestra sociedad, según el sexo, son otro motivo de saturación de los servicios de urgencias.

Habitualmente, los niños más pequeños sufren intoxicaciones<sup>10, 21, 24, 29</sup> o

accidentes por cuerpos extraños<sup>21</sup> y a estas edades, las lesiones ocurren, por lo general en el hogar<sup>28, 32</sup>, por lo que se debería alertar a padres y cuidadores sobre medidas de seguridad doméstica.

El predominio de unos determinados diagnósticos según día de la semana o mes se interpreta como un hallazgo estadístico sin repercusión clínica.

## Conclusiones

1. La incidencia anual de accidente en los niños atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil fue de 5.959,4/100.000 niños de 0-14 años pertenecientes al sector sanitario La Fe.
2. Los pacientes accidentados representaron un 21,3% del total de urgencias atendidas en la unidad.
3. Se identificó un predominio de varones (57,1%) y edad 0-4 años (41,3%) con significación estadística.
4. Según el momento de llegada al hospital destaca de 16-23 horas (59,6%), lunes (15,6%) y mes de junio (10,5%) con significación estadística.
5. Se evidencia una demanda espontánea cercana a un 80%. Se debería mejorar la utilización de los servicios sanitarios accediendo al nivel adecuado según gravedad y urgencia del paciente lesionado.

6. Los diagnósticos más frecuentes fueron las contusiones (23,5%) y las heridas (19,3%).

7. Además de las estrategias promovidas por las autoridades pertinentes o las

modificaciones de la legislación, todos somos responsables, a nivel individual, de adoptar una actitud positiva que anticipe y evite estas lesiones prevenibles, los accidentes en la infancia.

## Bibliografía

1. Comité Nacional para la Prevención de Accidentes en los Niños, de la Asociación Española de Pediatría. *Accidentes en la infancia: Epidemiología, frecuencia y prevención*. An Esp Pediatr 1974; 7: 299-309.
2. Guyer B, Ellers B. *Childhood injuries in the United States. Mortality, morbidity, and cost*. AJDC 1990; 144: 649-652.
3. Gascón Pérez ME. *Estudio epidemiológico de la mortalidad y morbilidad por accidentes infantiles en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Monografies sanitàries. Sèrie D (Salud para todos).IX. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. IVESP; 1991.
4. Rogmans WH. *Preventing accidents in childhood: a European perspective*. Acta Paediatr Jpn 1993; 35: 215-222.
5. Lamesch A. *Les accidents de l'enfant et de l'adolescent*. Bull Mem Acad R Med Belg 1993; 148: 251-260; discussion 260-261.
6. Tanaka T. *Childhood injuries in Japan*. Acta Paediatr Jpn 1993; 35: 179-185.
7. Waldman HB. *Almost 19 million childhood injuries result in 11 thousand deaths*. ASDC J Dent Child 1996; 63: 54-59.
8. Kemp A, Sibert J. *Childhood accidents: epidemiology, trends, and prevention*. J Accid Emerg Med 1997; 14: 316-320.
9. Behrman RE, Kliegman RN, Nelson WE, et al. *Tratado de Pediatría*. 14.ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1993.
10. Picañol J. *La prevención de accidentes en los niños*. An Esp Pediatr 1974; Supl. 1: 47-83.
11. Abad Pérez I, Colmenar Revuelta J, Gascón Pérez E, et al. *¿Qué se investiga en España sobre accidentes e intoxicaciones infantiles? Estudio descriptivo de los últimos once años*. An Esp Pediatr 1987; 26: 255-257.
12. *Memoria de Actividad Asistencia Especializada 1993*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum; 1995.
13. Almenar Roig FD, Sánchez Cuesta P, Martínez Riera C, y col. *Pirámides de población de los hospitales de la provincia de Valencia*. Monografies sanitàries. Sèrie A (Estudis). X. Generalitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum; 1989.
14. Almenar Roig FD, Sánchez Cuesta P, Silvestre Pascual F, y col. *Pirámides de población. Padrón de 1986. Otros aspectos de la demografía sanitaria de la Comunidad Valenciana*. Generalitat Va-

lenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Valencia: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud; 1987.

15. *Resums municipals. Padró municipal d'habitants 1986. Generalitat Valenciana*. Conselleria d'Economia i Hisenda; 1987.

16. *Cens de Població Comunitat Valenciana 1991*. Valencia: Institut Valencià d'Estadística; 1995.

17. O.M.S. *Los accidentes en la infancia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1957. Informe técnico 118.

18. *Anuari estadístic municipal i comarcal. Comunitat Valenciana 1991*. Valencia: Institut Valencià d'Estadística; 1993.

19. *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Servicio de Publicaciones; 1988.

20. Almenar Roig FD, Sánchez Cuesta P, Martínez Riera C, y col. *Utilización de Servicios Hospitalarios. Monografies sanitàries. Sèrie A (Estudis)*. XVI. Paterna: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Dirección General de Planificación. Dpto. de Recursos Humanos; 1991.

21. Elías Pollina J, García Vera C, Buñuel Álvarez C, y col. *Accidentes en la*

*infancia: a propósito de los 14.301 casos atendidos durante 1 año*. An Esp Pediatr 1991; 35: 385-388.

22. Murata Y, Nakagawa Y, Ueda M, et al. *Accidents in childhood. Review of cases in the emergency room and hospitalized cases*. Tokai J Exp Clin Med 1992; 17: 121-127.

23. Molina Cabañero JC, de la Torre Espí M, Muñoz Orduña R, y col. *Estudio de 8.035 casos de accidentes atendidos en un Servicio de Urgencias de un Hospital Infantil*. An Esp Pediatr 1994; 40: 201-205.

24. Hurtado Sendín P, Casado Blanco M, Muñoz Estévez M. *Incidencias de accidentes en la población infantil de Badajoz*. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 522-525.

25. Bener A, Al Salman KM, Pugh RN. *Injury mortality and morbidity among children in the United Arab Emirates*. Eur J Epidemiol 1998; 14: 175-178.

26. Sánchez Cruz JJ, Martínez J, Perea E. *A population survey of childhood accidents in Andalucía (Spain)*. Eur J Epidemiol 1995; 11: 297-303.

27. Navascués del Río JA, Sotelo Martín J, Cerdá Berrocal J, y col. *Registro de trauma pediátrico: Análisis de 1.200 casos*. Cir Ped 1998; 11: 151-160.

28. Lindblad BE, Terkelsen CJ. *Product-related home accidents in children*. Acta Paediatr Scand 1991; 80: 1087-1091.

29. Junnanond C, Ruangkanchanasetr S, Chuharas A. *Childhood trauma, country report (Thailand)*. J Med Assoc Thai 1993;76 Suppl 2: 209-213.

30. Tandon JN, Kalra A, Kalra K, et al. *Profile of accidents in children*. Indian Pediatr 1993; 30: 765-769.

31. Arbós Galdón J, Rovira Vila M, Llobera Cáaves J, y col. *Accidentes infantiles en atención primaria*. Rev San Hig Púb 1995; 69: 97-103.

32. Laffoy M. *Childhood accidents at home*. Ir Med J 1997; 90: 26-27.

33. Abantanga FA, Mock CN. *Child-*

*hood injuries in an urban area of Ghana*. A hospital-based study of 677 cases. Pediatr Surg Int 1998; 13: 515-518.

34. *Libro Blanco de la Salud en la Comunidad Valenciana*. Paterna: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Gabinet Técnico de la Secretaria General; 1991.

35. Gago García C, Ania Lafuente BJ, Luque Jimenez M, et al. *Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4.858 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital infantil*. An Esp Pediatr 1990; 32: 99-104.

