

## Accidentes en la infancia: su prevención, tarea de todos

C. Casaní Martínez

Especialista en Pediatría. Doctora en Medicina.

CS Burjassot. Valencia.

Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 583-595

Carmen Casaní Martínez, camarcar@alumni.uv.es

### Resumen

*En la mayoría de los países occidentales los accidentes constituyen la primera causa de muerte en los niños entre uno y quince años de edad. Los grupos en los que destaca una mayor necesidad de actuación preventiva son los envenenamientos y cuerpos extraños en niños pequeños en el hogar y los accidentes de tráfico en niños mayores. Los pediatras de Atención Primaria nos encontramos en una situación privilegiada para ayudar a cambiar conductas tanto como conocimientos y actitudes en forma de prevención primaria a través de la educación sanitaria. 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.*

**Palabras clave:** Accidentes, Pediatría, Prevención de accidentes.

### Abstract

*In most western countries accidents are the first cause of death in children of one to fifteen years of age. A bigger preventive intervention is needed in poisoning and choking in small children and in traffic accidents in older children. Primary Care pediatricians are in a privileged situation to help changing behaviours as well as knowledge and attitudes in the way of primary prevention through sanitary education. As well as strategies promoted by authorities or changes in legislation, all of us are responsible, in an individual level, of adopting a positive attitude in order to advance and avoid these preventable conditions, childhood accidents.*

**Key words:** Accidents, Pediatrics, Accident Prevention.

## Introducción

En la mayoría de los países occidentales los accidentes constituyen la primera causa de muerte en los niños entre uno y quince años de edad.

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. En los países anglosajones se engloba como *unintentional injury*, lesión no intencional.

Es difícil la comparación de diferentes estudios en aspectos como incidencia y mortalidad, 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.

El registro de trauma pediátrico es una base de datos diseñada para recopilar de forma prospectiva todos los aspectos del cuidado del traumatizado pediátrico. Como se basa en los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 800-959, se excluyen envenenamientos y otros efectos de causas externas y dificulta la comparación con otros

estudios. Además, si se incluyen los pacientes menores de dieciséis años, complica la comparación con las estadísticas basadas en los grupos poblacionales estándar (0-4, 5-9, 10-14, 15-19 años)<sup>1</sup>.

Por otro lado, una campaña de prevención efectiva se debería basar en datos adecuados. La calidad de la información pasa por una recogida de datos completa y una codificación correcta<sup>2</sup>.

## Principales tipos de accidentes en la infancia

La clasificación de los accidentes infantiles según diagnóstico, causa externa y lugar de producción de la CIE se presenta en la Tabla I.

En el año 1973 se llevó a cabo un estudio prospectivo nacional mediante encuesta por el Comité Nacional para la Prevención de Accidentes en los Niños de la Asociación Española de Pediatría. Los resultados se presentan en la Tabla II.

Otros estudios sobre accidentabilidad infantil se han publicado en revistas nacionales y extranjeras. Uno de ellos, realizado en el Hospital Infantil La Fe de Valencia, analizó a los pacientes de 0-14 años con diagnóstico de accidente (CIE 800-994), atendidos tanto en el servicio de urgencias como hospitalizados del 1 de enero al 31 de diciembre de 1993<sup>3</sup>.

**Tabla I. Diagnóstico, causa externa y lugar del accidente según la Clasificación Internacional de Enfermedades**

Diagnóstico	Causa externa (código E)	Lugar
– Fracturas	– Accidentes ferroviarios	– Hogar
– Luxación	– Accidentes de tráfico de vehículos motorizados	– Granja
– Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes	– Accidentes no de tráfico de vehículos motorizados	– Mina y cantera
– Lesión intracraneal salvo aquéllas con fractura del cráneo	– Otros accidentes de vehículos de carretera	– Lugar y locales industriales
– Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis	– Accidentes de medios de transporte acuáticos	– Lugar de recreo y deporte
– Heridas	– Accidentes de transportes aéreos y espaciales	– Calle y vía pública
– Lesión de vasos sanguíneos	– Accidentes de vehículos no clasificables bajo otros conceptos	– Edificio público
– Efectos tardíos	– Envenenamientos	– Institución residencial
– Lesión superficial	– Caídas accidentales	– Otros sitios especificados
– Contusión	– Accidentes causados por fuego y llamas	– Sitio no especificado
– Lesión por aplastamiento	– Accidentes debidos a factores naturales y ambientales	
– Cuerpo extraño que entra a través de orificio	– Accidentes causados por sumersión, asfixia y cuerpos extraños	
– Quemaduras	– Otros accidentes	
– Lesión de nervios y médula espinal	– Efectos tardíos de lesión accidental	
– Ciertas complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas		
– Envenenamientos		
– Otros efectos y efectos no especificados de causas externas		

**Tabla II. Resultados de la encuesta nacional de 1973 de la Asociación Española de Pediatría**

Tipo de accidente	%	Comentarios
Caídas al mismo nivel	30,4	
Caídas a distinto nivel	22,2	3.º en mortalidad
Tráfico	12,2	1.º en mortalidad
Intoxicaciones	10,7	
Quemaduras	6,3	5.º en mortalidad
Sofocación mecánica	3,3	4.º en mortalidad
Corriente eléctrica	1,8	
Por animales	1,5	
Armas de fuego	1,0	
Ahogamiento	0,7	2.º en mortalidad
Maquinaria	0,5	
No consta	3,5	

Durante el período de estudio se visitó a 50.726 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 10.800 (21,3%) correspondieron a accidentes valorados y remitidos a su domicilio; se hospitalizó a 10.801 niños, 926 (8,6%) por accidente, de los cuales fallecieron seis pacientes (0,6% del total). La Tabla III hace referencia a resultados de dicho estudio según el tipo de accidente.

Se identificó un predominio del sexo masculino y edad 0-4 años con significación estadística, tanto en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias como en los hospitalizados<sup>4-7</sup>.

Destaca la alta demanda espontánea por parte de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias (77,2%), y las casi diecisiete horas como media transcurridas entre el accidente y la llegada al hospital van en contra de la aparente urgencia. Además se detecta una mayor demanda con relación a la proximidad geográfica entre población de residencia y centro sanitario<sup>8</sup>.

No hubo significación estadística del diagnóstico, la causa externa y el lugar en el que sucedió el accidente según la profesión de la madre, el número de ingresos anteriores por accidente o el orden del

**Tabla III.** Tesis Doctoral Accidentes en la Infancia. Resultados del Hospital Infantil La Fe de Valencia

Tipo de Accidente (CIE)	Urgencias	Ingresos
Traumatismo craneoencefálico (800-804 Y 850-854)	1.135	498
Caídas (E880-E888)	(*)	377
Envenenamientos (960-989)	376	116
Cuerpos extraños (930-939)	333	55
Tráfico (E810-E819)	199	122
Cuidados intensivos	-	104
Mortalidad	-	6
Secuelas	-	22
Menores de un año	381	56
Animales	121	11
Bicicleta	(*)	67
Columpio y tobogán	(*)	44
Cama, cuna y litera	(*)	31
Ahogamiento y casi-ahogamiento	2	11
Armas de fuego	11	1
Pacientes atendidos por accidente (800-994)	10.800	926
Pacientes atendidos por todas las causas	50.726	10.801

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

(\*) No especificado en el codificado del Servicio de Urgencias.

paciente entre sus hermanos. Los resultados sugieren que los factores psicosociales en nuestro entorno no determinan un alto riesgo de accidentabilidad<sup>9</sup>.

Las contusiones (23,5%) fueron los diagnósticos más frecuentes en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias y las lesiones intracraneales sin fractura (41,3%) en los ingresados<sup>4,7</sup>. La media de hospitalización fue significativamente menor en los niños ingresados por traumatismo craneoencefálico (TCE) comparado con otras causas externas accidentales. El que no existan en la actualidad criterios fiables para predecir qué niños presentarán una complicación intracraneal justifica una corta estancia hospitalaria para observación. Como objetos de riesgo de TCE destacan la bicicleta, el columpio y el tobogán<sup>10</sup>.

Las caídas (40,7%) ocuparon el primer puesto dentro de las causas externas de los pacientes hospitalizados por lesiones accidentales pediátricas<sup>4,6,7,11</sup>. La caída desde un nivel a otro y la lesión intracraneal sin fractura fueron, respectivamente, el tipo de caída y el diagnóstico más frecuentes. En cuanto al objeto causante, con mayor frecuencia se vieron implicados los columpios, los toboganes y las escaleras. La edad de los niños que se cayeron por las escaleras es la menor de todos los pacien-

tes hospitalizados por caídas. Los niños de mayor edad sufrieron caídas al mismo nivel por colisión, empujón o codazo, en relación con actividades deportivas o recreativas<sup>11</sup>.

Cuatro niños se hospitalizaron por un accidente con el tacatá. En todos los casos las lesiones afectaron a la cabeza, en uno de ellos con fractura de cráneo. Las caídas son la principal causa externa y las escaleras destacan como lugar de riesgo<sup>12</sup>.

Dos niños se accidentaron con el carro del supermercado. El mecanismo más común de lesión es la caída y el lugar anatómico de lesión más frecuente la cabeza<sup>13</sup>.

Los envenenamientos predominan en varones y de 0-4 años de edad. Según el tipo de intoxicación, fueron más frecuentes las no medicamentosas (productos domésticos), atribuido a la comercialización de los medicamentos en frascos y con tapones de seguridad. Destacan el fluoruro sódico, la esencia de trementina y el detergente industrial en los pacientes hospitalizados<sup>14</sup>.

Los accidentes por cuerpos extraños también predominan en varones y de 0-4 años. Existe un mayor porcentaje de cuerpos extraños localizados en aparato digestivo en los niños que no precisaron ingreso, y ubicados en aparato respira-

torio en los hospitalizados, en relación con su gravedad potencial y tratamiento. Los niños hospitalizados por aspiración de cacahuets o almendras eran más pequeños que el resto y todos precisaron su extracción mediante broncoscopia. Los niños más mayores fueron ingresados por ingestión de una chincheta, en relación con la introducción de material escolar en la boca. Un paciente falleció<sup>15</sup>.

Los niños hospitalizados por accidentes de vehículos de motor fueron de más edad que los accidentados por otras causas. Además, dentro de los accidentes de tráfico, los ciclistas son los niños de más edad. La duración de la estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos, superior en los niños ingresados por accidente de tráfico, habla del alto coste sanitario y social de los accidentes por vehículos de motor. Cuatro pacientes fallecieron<sup>16</sup>.

En cuanto a los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos, los diagnósticos más frecuentes fueron: conmoción cerebral, cuerpo extraño en tráquea, bronquio y pulmón, fractura de bóveda de cráneo, fractura de base de cráneo y fractura de huesos faciales. El accidente de tráfico aparece como causa externa principal, y los objetos de riesgo, la bicicleta en los niños mayores y los fru-

tos secos en los pequeños. Existió asociación estadística del mes de agosto y de pacientes residentes fuera de la provincia de Valencia con los accidentes de tráfico en período vacacional<sup>17</sup>.

Fallecieron seis pacientes ingresados por accidente: cuatro por accidente de tráfico, tres niñas y un varón, de edades entre tres y nueve años, todos con politraumatismo que incluía lesión intracraneal; un niño de tres años se ahogó en una acequia y un varón de siete años se atragantó con un caramelo. Los accidentes de tráfico son la principal causa de mortalidad por accidente en la infancia. Se identificaron secuelas en veintidós pacientes. Las más graves fueron la amputación unilateral por encima de la rodilla secundaria a electrocución, una paraplejía y una lesión de médula torácica por accidentes de tráfico. Los dos pacientes que presentaron un síndrome depresivo tuvieron el antecedente de un accidente de tráfico<sup>18</sup>.

En los accidentes en los menores de un año, de ellos siete recién nacidos<sup>19</sup>, no hubo significación estadística respecto al sexo, el día de la semana ni el mes. La cabeza es la región anatómica afectada con mayor frecuencia. La principal causa externa en los niños ingresados son las caídas. La cuna, la cama y las sillas fueron los objetos implicados<sup>20</sup>.

El perro puede considerarse el animal de riesgo en los niños ingresados. Las mordeduras de perro fueron más frecuentes en la edad preescolar y provocaron lesiones en la cara en todos los casos<sup>21</sup>. Dos varones de trece años sufrieron una herida por asta de toro<sup>22</sup>.

Los accidentes por bicicleta afectan significativamente a los varones, entre 10 y 14 años de edad, los viernes y durante el mes de agosto. El principal diagnóstico fue la lesión intracraneal sin fractura. La estancia hospitalaria y en cuidados intensivos fue mayor si participa un vehículo de motor<sup>23</sup>.

Los aparatos de áreas de recreo implicados en accidentes en la infancia fueron exclusivamente columpios y toboganes. Predominaron en menores de diez años, sin diferencia de sexo. En la escuela o guardería se detectaron el triple que en el parque público. La cabeza es la parte del cuerpo más frecuentemente afectada y la caída el mecanismo de producción más frecuente<sup>24</sup>.

Las caídas desde la cama, cuna o litera afectan a menores de cinco años sin predominio de sexo. La cabeza es la parte del cuerpo más frecuentemente afectada. Se identificaron secuelas en dos pacientes, una epilepsia no convulsiva y una anquilosis de codo. La caída desde la litera fue la causa de la hospita-

lización y estancia en intensivos más prolongada y de la secuela que presentó un paciente<sup>25</sup>.

Un paciente falleció por ahogamiento. Este tipo de accidente predomina en varones, menores de cinco años y durante los meses de julio y agosto. En nuestro medio, la piscina destaca como lugar de riesgo<sup>26</sup>.

Los accidentes por armas de fuego afectan, sobre todo, a varones de 10-14 años. En todos los casos fue responsable una escopeta de perdigones o un rifle de aire comprimido. Este suceso ocurrió más frecuentemente en domingos y horas de la tarde en relación con una menor supervisión. Mayor siniestralidad en áreas urbanas que en las rurales. No se detectó un incremento en la temporada de caza<sup>27</sup>.

Los grupos en los que destaca una mayor necesidad de actuación preventiva son los envenenamientos y cuerpos extraños en niños pequeños en el hogar y los accidentes de tráfico en niños mayores.

### **Prevención de los accidentes infantiles en EE.UU.**

Los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* publicaron en el año 2001 una guía de salud escolar para prevenir las lesiones no intencionales y la violencia<sup>28</sup>.

El Comité para la Prevención de Lesiones y Envenenamientos de la Academia Americana de Pediatría publica periódicamente en la revista *Pediatrics* las recomendaciones para la prevención de diferentes tipos de accidente. Las más recientes hacen referencia a las sillitas y cinturones de seguridad para el automóvil, los patinetes y monopatines y el uso de cinturones para niños en los aviones.

Destacarían las recomendaciones referidas al tacatá o andador, por su importancia en nuestro medio: 1) Prohibir la fabricación y venta del andador para niños. 2) Educar a los padres sobre la ausencia de beneficios y los riesgos demostrados, sobre todo en relación con las escaleras. 3) Programas comunitarios de recogida de andadores y reciclaje de sus materiales. 4) No permitir el uso del andador en los centros autorizados para el cuidado de niños<sup>29</sup>.

También se deberían divulgar las recomendaciones relacionadas con los programas acuáticos para niños pequeños: 1) Los niños no están preparados para lecciones formales de natación hasta después de los cuatro años. 2) Los programas acuáticos para niños menores de dos años no deberían promoverse como una forma de disminuir el riesgo de ahogamiento. 3) Un adulto debería supervisar a

un niño pequeño que está en el agua o cerca de ésta<sup>30</sup>.

### **Medicina basada en la evidencia**

En *Health Evidence Bulletins Wales, Injury Prevention*, recuperado mediante el meta-buscador [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com), destacan: 1) Las visitas domiciliarias de soporte social tienen el potencial de reducir significativamente la tasa de lesión infantil. 2) Los recipientes "a prueba de niño" han sido muy efectivos en la reducción de las muertes infantiles por intoxicación. 3) Las rejas en las ventanas reducen las lesiones y muertes infantiles por caída. 4) El uso de sillitas y cinturones en el automóvil disminuye las lesiones infantiles.

En *National Guideline Clearinghouse*, obtenida de la página [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), recomiendan: 1) Incrementar el uso de sillitas seguras para niños. 2) Incrementar el uso de cinturones seguros. 3) Reducir la ingesta de alcohol mientras se conduce.

### **Prevención de los accidentes infantiles en España**

A nivel nacional, en los años setenta la Jefatura Central de Tráfico publicó un librito de divulgación titulado *Yo ando, tú andas, él anda...* dedicado a los niños, peatones de hoy, conductores de mañana.



En los años ochenta, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo emitió una serie de veinticuatro diapositivas sobre accidentes en la edad escolar. La Dirección General de Tráfico ha publicado varias ediciones de *El niño también viaja seguro*, una guía dirigida a padres y otra para profesionales sanitarios sobre dispositivos de retención infantil dentro del automóvil. La Dirección General de Tráfico reparte, en la actualidad, las normas básicas de utilización del cinturón de seguridad con el lema "El cinturón es tu seguro, abróchatelo". En la prensa especializada, en revistas para padres... se dedican artículos a la prevención de los accidentes infantiles, así como destacan las campañas en los medios de comunicación como prensa, radio y televisión.

A nivel de la Comunidad Valenciana, la Generalitat diseñó un tallímetro con los consejos para la prevención de accidentes infantiles en el hogar y el modo de actuación ante un accidente, ha dedicado un monográfico de la serie *Viure en Salut* a los accidentes infantiles y publicó en colaboración con el Ayuntamiento de Madrid y la Fundación MAPFRE el excelente *Accidentes-Qué podemos hacer*. Por iniciativa del Ayuntamiento de Burjassot se han repartido folletos para el uso adecuado

del material pirotécnico y algunos supermercados advierten en sus bolsas de plástico de que los bebés pueden asfixiarse con ellas. También la televisión autonómica ha dedicado varios programas a la prevención de los accidentes en la infancia.

### Recursos informativos

– Asociación Española de Pediatría: [www.aeped.es](http://www.aeped.es)

En la sección INFOFAMILIA hay un capítulo sobre la ingesta de tóxicos y cáusticos.

– Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: [www.aepap.org](http://www.aepap.org)

En el Área de Padres y en el Área de Pediatras se puede consultar información sobre prevención de accidentes.

– Sociedad Española de Urgencias Pediátricas: [www.seup.org](http://www.seup.org)

Grupo de Trabajo sobre traumatismo craneoencefálico y sobre intoxicaciones.

En la Sección Padres se contempla el apartado Salud del niño (caídas y golpes, cuerpos extraños, prevención de accidentes de tráfico...).

– Dirección General de Tráfico: [www.dgt.es](http://www.dgt.es)

Consejos de seguridad vial:

– Asociación para la Prevención de Accidentes: [www.apa.es](http://www.apa.es)

## Mi experiencia

De la revisión bibliográfica realizada destacaría:

1. En 1991 España ocupó el segundo puesto tras Portugal dentro de la Unión Europea en el número de muertos por millón de habitantes en accidentes de tráfico y el tercer lugar tras Portugal y Grecia si la comparación se establece por millón de vehículos.

2. Los años potenciales de vida perdidos reflejan el impacto de las causas de muerte que ocurren en edades tempranas. Así, para España y el año 1979, los accidentes de tráfico y el resto de los accidentes son la segunda y tercera causa de años potenciales de vida perdidos, mientras que son la séptima y novena causas de mortalidad.

3. La banda horizontal del cinturón de seguridad debe estar colocada lo más baja posible, es decir, entre la pelvis y los muslos, nunca sobre el abdomen.

4. Las estrategias que incrementen el uso del casco para ciclistas reducen la incidencia de lesiones en la cabeza. Sin embargo, la obligatoriedad de llevar casco es controvertida. En Australia las lesiones se redujeron por la legislación pero el ciclismo también se redujo, perdiendo los beneficios del ejercicio.

5. En un mismo país la mortalidad puede depender del *status* socioeconómico.

Así, los niños aborígenes australianos fallecen por accidentes de tráfico y los niños de origen europeo se ahogan en piscinas privadas.

6. Los hijos de madres solas británicas tienen lesiones dos veces más frecuentemente que los niños de familias con ambos progenitores.

7. El lugar en el que sucede el accidente también es variable según países. En Japón, la bañera del hogar es el referido con mayor frecuencia por situarse al mismo nivel que el suelo.

8. Para prevenir ahogamientos hay que insistir en los peligros de la hiperventilación antes de sumergirse.

9. Generalmente la altura de la caída tiene menos importancia que la superficie contra la que se golpea el niño a la hora de determinar la gravedad de la lesión.

10. Incluso en los países como Canadá, que han prohibido la venta de andadores, se siguen detectando lesiones en los niños porque los padres los compran en EE.UU. o son adquiridos de segunda mano dada la larga vida media de estos aparatos.

11. El niño puede intoxicarse para atraer la atención del adulto como respuesta a la alteración del equilibrio familiar o lo toma imitando la conducta de consumo del adulto.

12. En EE.UU. las muertes por vehículos de motor han descendido regular-

mente pero se detecta un incremento de la mortalidad por armas de fuego.

13. No hay diferencias en el equipamiento, los conocimientos o las prácticas de medidas de seguridad entre padres de niños accidentados o los controles, lo que sugiere que es la habilidad de las familias en aplicar los conocimientos lo que es importante en la prevención de accidentes.

Un esfuerzo de ocho años se plasmó en la lectura de mi tesis doctoral en noviembre de 1999<sup>3</sup> y, a continuación, me embarqué en una cruzada personal para la prevención de los accidentes en la infancia. He publicado en revistas pediátricas nacionales e internacionales<sup>1,2, 4-27</sup> y en revistas locales<sup>31</sup>; he impartido conferencias en centros de Atención Primaria, hospitales, centros de investigación, asociaciones de vecinos; he colaborado como docente en cursos para médicos, enfermería, personal de guarderías; he participado en programas de radio y televisión; proporciono información oral y escrita en la consulta de Atención Primaria y en mi entorno. Pero no es suficiente.

Podría relatar múltiples anécdotas de estos años. Dudé si remitir la carta sobre lesiones por asta de toro en niños, la primera referencia en la bibliografía<sup>22</sup>, por si se establecía la comparación de

“los toros en España como las vacas en la India”. Una enfermera abandonó mi exposición porque no podía imaginar a su hijo sufriendo cada uno de los accidentes que yo relataba. En una charla para la asociación de vecinos acudieron mayoritariamente abuelas, las que cuidan en realidad a los niños, y se mostraron muy interesadas en el tema. Y me preocupa que algunas personas consideren “una película de terror” mis esfuerzos por evitar un accidente en un niño.

## **Nosotros, pediatras de Atención Primaria**

---

Nos encontramos en una situación privilegiada para ayudar a cambiar conductas tanto como conocimientos y actitudes en forma de prevención primaria a través de la educación sanitaria. En nuestros pacientes, en nuestro entorno. De forma reglada, en cualquier ocasión.

## **Conclusión**

---

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. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Registro de trauma pediátrico. ¿Es suficiente? *Cir Pediatr* 2000; 13: 87.
2. Casani C, Morales MM. ¿Es mejorable la codificación de los diagnósticos clínicos de los niños hospitalizados por accidente? *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 275.
3. Casani Martínez C. Accidentes en la infancia. Resultados del Hospital Infantil La Fe de Valencia. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de València. Facultat de Medicina; 1999.
4. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes en la infancia: conocer para prevenir. *Pediátrika* 1999; 19: 295-302.
5. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes en la infancia. Resultados del Servicio de Urgencias del Hospital La Fe. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002; 4: 209-219.
6. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes en la infancia: una asignatura pendiente. *Todo Hospital* 2001; 176: 275-280.
7. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Pediátrika* 2002; 22: 57-63.
8. Casani C, Morales M. Variables sociodemográficas de los accidentes infantiles. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 663-668.
9. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Aspectos psicosociales de los accidentes infantiles. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56: 494-500.
10. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Traumatismos craneoencefálicos accidentales en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 419-426.
11. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Caídas accidentales en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Pediátrika* 2002; 22: 11-18.
12. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes por tacatá en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; 3: 209-213.
13. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Carro de supermercado como causa de hospitalización infantil por accidente. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 93-94.
14. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Intoxicaciones en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 502-511.
15. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Cuerpos extraños en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Acta Pediatr Esp* 2002; 60: 632-639.
16. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes de tráfico en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Rev Esp Pediatr* 2002; 58: 104-110.
17. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por accidente. Resultados del Hospital La Fe. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 411-418.
18. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Gravedad de los accidentes en la infancia: mortalidad y secuelas. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 235-242.
19. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidents in neonatal period. *J Perinat Med* 2001; 29: 450.
20. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes durante el primer año de vida. Resultados del Hospital La Fe. *Acta Pediatr Esp* 2003; 61: 88-94.
21. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes infantiles por animales. Resultados del Hospital La Fe de Valencia. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56: 501-507.
22. Casani-Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Bull horn lesions in childhood. *Pediatrics* 2000; 105: 685-686.

- 23.** Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes infantiles por bicicleta. Resultados del Hospital La Fe de Valencia. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56: 411-416.
- 24.** Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes infantiles relacionados con el juego: aparatos de áreas de recreo. *Acta Pediatr Esp* 2001; 59: 588-592.
- 25.** Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes infantiles relacionados con el descanso nocturno: cama, cuna y litera. *Acta Pediatr Esp* 2002; 60: 216-220.
- 26.** Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Ahogamiento o casi-ahogamiento en la infancia. Resultados del Hospital La Fe de Valencia. *Pediátrika* 2000; 20: 346-351.
- 27.** Casani C, Morales Suárez-Varela M. Accidentes por arma de fuego en niños. ¿El principio de una epidemia? *Pediátrika* 2001; 21: 23-27.
- 28.** School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injuries and Violence. Recommendations and Reports. *MMWR Recomm Rep* 2001; 50: 1-73.
- 29.** AAP. Injuries associated with infant walkers. *Pediatrics* 2001; 108: 790-792.
- 30.** AAP. Drowning in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 1993; 92: 292-294.
- 31.** Casani Martínez C. Accidentes en la infancia. Conéixer per a previndre. *El Nucli Antic* 2001; 6: 15-18.

