PREVENCION DE ACCIDENTES

Dras. B. Dello Russo* y F. de Castro Pérez**

INTRODUCCION

Los traumatismos son la primera causa de muerte en los niños mayores de un año. Se estima que un 44 % de los niños ha sufrido al menos un accidente antes de los 6 años de vida[1].

En la Argentina fallecen aproximadamente 11.000 individuos por año de los cuales 3000 son menores de 20 años. Se considera que por una persona fallecida hay 40 internadas y 1000 que requirieron atención médica ambulatoria[2].

La mitad de estos accidentes se produce en el hogar, el 80 % de los cuales tienen lugar en la cocina. Un 30 % ocurre en lugares públicos, un 10 % sucede en el lugar de trabajo de los padres y el 10 % restante en automóviles u otros medios de transporte[3].

Cuando nos referimos a evitar accidentes debemos aclarar que se trata de disminuir la probabilidad de que ocurran, teniendo en cuenta los factores de riesgo que inciden en que se produzca el accidente y las lesiones.

Debemos aceptar que un accidente es una enfermedad multicausal y asumir que tiene características propias que requieren un enfoque particular. En prevención es fundamental analizar tanto la situación accidente para evitarlo como el impacto que tiene sobre el individuo cuando éste se produce[4].

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define accidente como[5]:

"Un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior, de actuación rápida que se manifiesta por daño corporal y/o mental."

Queda fuera de esta definición la violencia premeditada (suicidio, homicidio) y la muerte súbita[6].

Recordaremos aquí las principales medidas de prevención sugeridas por expertos, con el objetivo de colaborar con el pediatra en su rol inexcusable de agente de salud y educador de los niños, principalmente a través de sus familias. Somos nosotros quienes tenemos que incorporar en los padres conductas anticipatorios sobre los posibles lugares y actitudes peligrosas de sus hijos. Los padres pueden desconocer las capacidades madurativas de sus hijos y esto ser un factor de riesgo considerado[7].

Condiciones de Accidentalidad

Tomando al accidente como una enfermedad y dentro de un enfoque epidemiológico se identifica la tríada agente-huésped-ambiente como elementos de riesgo sobre el sujeto susceptible: concurriendo un agente que provoca la lesión y un medio ambiente físico y humano favorable para que ésta se produzca. A partir de esta definición de los factores concurrentes se pueden desarrollar distintas estrategias de prevención, las que se superponen y se complementan. Tabla 1.

Los accidentes se asocian a *factores predisponentes* y *condiciones desfavorables*, se señalan las siguientes[8]:

- Hogar: desorganización, hacinamiento, bajo

* Servicio de Ortopedia y Traumatología .
** Servicio de Clínica Pediátrica.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

TABLA 1: TRIADA AGENTE-HUESPED-AMBIENTE.

Huésped	Ambiente	Agente
Edad	Estructura familiar	Vivienda
Género	Producto	Vehículo
Personalidad	Escuela	Medicamento
	Legislación	Herramienta
	Normas	Fuego
	Vigilancia	Agua
	Otros	Otros

nivel socio-cultural, situaciones de estrés (duelo, mudanza, separaciones).

- Etapas del desarrollo psicomotríz: relación estrecha entre ellas y el tipo de accidente. Por ejemplo, los menores de un año son sujetos pasivos de accidentes, que suceden por descuido de los adultos. Tabla 2.
- Género: se advierte un predominio de los varones como sujetos de accidentes, a edades en que éstos desarrollan actividades físicas más violentas.
- Comunidad:
  - carencia de normas de seguridad y prevención;
  - desinterés hacia el tema;
  - falta de participación de los medios masivos de comunicación.
- Comunidad médica:
  - falta del concepto integrado de la enfermedad accidente[9];
  - falta de programas y fondos destinados al estudio, investigación y definición de las pautas para controlar esta enfermedad endémica.

Características particulares del niño como paciente traumatizado

Las características fisiopatológicas especiales del niño como paciente distinto de un adulto quedan resumidas en la Tabla 3 que es una guía para un profesional no especializado que deba asistir a un niño traumatizado.

TABLA 3. CARACTERISTICAS PARTICULARES DEL NIÑO COMO PACIENTE TRAUMATIZADO[12].

Tamaño físico
- Menor masa corporal.
- La energía del impacto se transfiere y disipa en una masa corporal pequeña.

Organismo
- Por unidad de superficie contiene mayor concentración de órganos, por lo que las lesiones producidas suelen ser mayores a lo esperado.

Elasticidad y flexibilidad
- Los tejidos tienen mayor elasticidad y flexibilidad por lo que pueden producirse daños de vísceras sin lesiones externas.

Traslado y movilización
- Al ser fácil su traslado se pueden producir lesiones por falta de los cuidados adecuados.

Mayor relación cráneo / masa corporal
- Traumatismos más frecuentes son en la zona cráneo-facial. Esta área involucra lesión del SNC y obstrucciones de la vía aérea, siendo las mismas muy graves por los órganos y funciones que compromete.

Mayor superficie corporal en relación al tamaño
- Grandes pérdidas de calor.
- Pobre capacidad para tolerar la pérdida de calor.
- Hipotermia - shock.

Reacciones psicológicas
- Miedo, dolor, ansiedad, falta de protección por eventual ausencia parental.
- Conductas regresivas: tendencia a encerrarse en sí mismo.
- Modificaciones importantes en signos vitales.

Cómo lograr la colaboracion del niño
- Paciencia, cordialidad, tonos suaves, serena firmeza para comunicarse y transmitir confianza.

TABLA 2: RIESGOS DE ACCIDENTALIDAD SEGUN EDAD[10,11].

Edades	Capacidades físicas	Desarrollo mental y madurez	Disciplina, control y confianza en sí mismo	Experiencia y exposición al riesgo	Riesgos mayores
Menores de 1 año	Universo del movimiento muy limitado.	Etapa del desarrollo en la que el niño se encuentra inerte ante el riesgo.	No existe control frente al accidente.	No hay experiencia. La exposición es limitada.	Asfixias, caídas, algunas intoxicaciones medicamentosas, monóxido de carbono, quemaduras.
De 1 a 5 años	Se amplía el radio del movimiento, patio, calle, escuela.	Curiosidad, tendencia a investigar, explorar.	Inicio del control mediante la educación.	Empieza la adquisición de experiencias, exposición a nuevos riesgos.	Caídas, intoxicaciones, quemaduras, asfixia, vehículos.
Más de 5 años	No tiene limitación en sus acciones.	Más entusiasmo e impulsividad que juicio, no reconoce limitaciones, quiere superar a los demás.	Sus posibilidades físicas rebasan a su disciplina y control, frecuente exceso de confianza.	Aplica cierta experiencia adquirida, se va ampliando el campo de riesgos.	Caídas, heridas, quemaduras, asfixia, intoxicaciones, lesiones en los deportes y accidentes de tránsito.

Causas de las lesiones graves más consultadas

- Vehículos: son las más graves, causan severa morbi-mortalidad en la mayoría de los casos. Afectan al niño como peatón o como pasajero con incidencia similar. Son prevenibles con educación vial, comunitaria o en la escuela.

- Bicicletas: la mayor gravedad y los casos mortales son debidos a colisión con automóviles. Estos accidentes tienen un pico de morbi-mortalidad alrededor de los diez años. Son comunes asimismo las lesiones en extremidades inferiores en menores de 4 años transportados en la parte posterior de las bicicletas sin la correcta protección. Estas heridas suelen causar gran discapacidad y requerir tratamientos prolongados.

- Ascensores: provocan lesiones graves de los miembros, con frecuencia con secuelas importantes. Cabe comentar que ha disminuido sensiblemente la incidencia de trauma de pies y manos por tal causa, desde que se implementó la prohibición de las puertas tijera en los ascensores, aunque la reglamentación no cuenta con total acatamiento.

- Deportes: causan frecuentemente lesiones graves de la columna. Se observa en general la alarmante ausencia de pautas de prevención, tanto para niños sanos como para aquellos con capacidades especiales.

- Armas de fuego: Ocurren en la mayoría de los casos en el propio hogar cuando los niños manipulan armas descuidadas por adultos. No puede ignorarse tampoco su creciente incidencia por actos delictivos.

- Elementos en el hogar: los electrodomésticos son causa frecuente de lesiones en el hogar. Cualquier aparato de gran porte que se deslice sobre niños pequeños podrá provocar lesiones graves. Por ejemplo televisores incorrectamente fijados. Las máquinas secadoras de ropa de uso frecuente, provocan graves heridas de miembros superiores cuando el niño por curiosidad mete su mano con la máquina en movimiento[13]. Los accidentes por inmersión en bañaderas o piletas de natación pueden dejar severos daños neurológicos.

- Maquinarias agrícolas: son frecuentes en el campo. Ocurren con cosechadoras cuando un miembro del niño es atrapado por succión tras una caída. Estas lesiones terminan con cierta frecuencia en la amputación o con larga morbilidad y graves secuelas[14].

En la Tabla 4 se puede observar la frecuencia del tipo de accidentes según la edad.

TABLA 4: FRECUENCIA DEL TIPO DE ACCIDENTES SEGUN LA EDAD.

Tipo de accidente	Edad 1-4 años	5-9 años	10- 14 años
Ahogamiento	29.0%	13.4%	17.2%
Fuego y electricidad	27.0%	15.0%	16.3%
Transporte	13.0%	33.7%	38.0%
Envenenamiento	3.7%	3.5%	1.0%
Caídas	2.6%	2.4%	1.0%
Otros	24.6%	31.3%	26.4%

Anuario 2003 de Estadísticas Vitales- Ministerios de Salud Pública de la Nación

Medidas de prevención para los accidentes más comunes

Las medidas específicas para la prevención son múltiples. Deben influir sobre el huésped, el ambiente y el agente y sobre toda la sociedad mediante programas permanentes de educación.

Hay dos tipos de medidas preventivas, activas y pasivas.

Medidas activas

Son aquellas que el individuo hace voluntariamente para protegerse, como por ejemplo, ponerse el cinturón de seguridad al subir a un auto, o utilizar casco cuando circula en bicicleta, rollers o skates.

En algunos países desarrollados, al comprar una bicicleta ésta viene con el casco incluido, como parte constitucional de la bicicleta. El uso del casco apropiado en los ciclistas disminuye un 80% el riesgo de trauma de cráneo en caso de accidente.

Medidas pasivas

Son aquellas que se instrumentan obligatoriamente. Por ejemplo: rejas en las piscinas, airbag en los autos, lomos de burro en las calles y pasarelas sobre rutas o vías de mucho tránsito.

Otra medida es la instalación de interruptores de electricidad que han resultado de comprobada utilidad tanto para niños como adultos. Las ciclovías adecuadas en centros urbanos son medidas importantes así como normatizar las actividades deportivas para que se desarrollen de manera segura.

A. Accidente vehicular

Es la primera causa de muerte por accidente.

El 70% de los accidentes ocurren en trayectos cortos y no rutas y a una velocidad promedio de 50 Km/hora. A esta velocidad el choque es similar a una caída de un cuarto piso. Las estadísticas muestran que ser despedido fuera del vehículo aumenta seis veces la posibilidad de morir en un accidente[9].

La Academia Americana de Pediatría (AAP) da las siguientes recomendaciones sobre el uso de silla en los autos[15,16]:

1. Los niños deben ir sentados con la silla orien-

tada hacia atrás, hasta que pesen 9,200 kg y alcancen el año de edad, para reducir el riesgo de lesión de la columna cervical en el caso de una colisión. Los que pesen 9,200 kg antes del año, deberán seguir viajando orientados hacia atrás en un asiento convertible o en una silla para lactantes aprobada para ser usada en mayores de ese peso.

2. Nunca se deberá colocar una silla orientada hacia atrás en el asiento delantero que contenga bolsa de aire.
3. Los prematuros y lactantes pequeños no deben ser colocados en asientos de seguridad que contengan escudos, almohadillas abdominales o apoyabrazos, dado que estos elementos pueden contactar el cuello o la cara del niño durante una colisión.
4. En los asientos de seguridad orientados hacia atrás, los cinturones que van sobre los hombros deben estar colocados en los ojales más bajos hasta que los hombros del niño estén por encima de ellos y el broche central debe ser colocado en el medio del pecho (a la altura del esternón).
5. Los asientos convertibles deben ser utilizados hasta tanto el niño quepa de manera apropiada (orejas por debajo de la parte más alta de la parte trasera del asiento, hombros por debajo del ojal superior).
6. Los asientos suplementarios deben ser usados cuando el niño ya no entre en el asiento convertible y aún no se adapte bien al cinturón de seguridad del auto para adultos.
7. Existen dos tipos de asientos suplementarios: uno que combina el cinturón falda-hombro (con respaldo y sin él) y otro con escudo (para ser usado en el caso de contar con cinturón de falda).
8. Los padres deben ser instruidos para que lean el manual cuidadosamente y para que prueben el asiento en su auto antes de comprarlo, de manera de prevenir incompatibilidades entre el diseño de la silla, el asiento del vehículo y el cinturón de seguridad del vehículo.
9. Aconsejar a los padres que el asiento trasero es el lugar más seguro para cualquier edad.
10. Los prematuros menores de 37 semanas deben recibir un período de observación en silla para autos antes del alta para detectar episodios de apneas, bradicardia o desaturación.

Consideraciones especiales:

- Existen dispositivos que sirven para trabar los cinturones inerciales y evitar el desplazamiento de la silla en el caso de una colisión. Estos se encuentran en la parte de atrás de las sillas y deben ser colocados siempre.
- No existe una edad fija para el uso de sillas de seguridad para autos, sino que el límite está dado por el peso y la adaptabilidad al sistema de seguridad del vehículo: se recomienda hasta los 30 kg de peso (8 años aproximadamente), ya que a esta altura habitualmente los niños se adaptan bien al cinturón del vehículo.
- Los asientos suplementarios con respaldo tienen correas para sujetar al niño hasta que éste se adapte al cinturón del vehículo (cuando la bandolera pase a la altura de los hombros y el broche inferior se ubique a la altura de las caderas).

Las puertas traseras deben estar trabadas y no permitir sacar las manos ni objetos por las ventanillas. Se ha señalado la necesidad de desarrollar normativas adecuadas y control para los vehículos de transporte escolar y de larga distancia.

Los adolescentes se ven involucrados con frecuencia en accidentes cuando conducen un vehículo. Debería haber para ellos programas especiales para aprender a manejar; tener licencias especiales con restricciones, mientras aprenden a desenvolverse en el tránsito. También se les debe restringir en esta etapa el manejo en horario nocturno tanto como el número de ocupantes del vehículo: se sabe que cuantos más adolescentes van en un auto, mayor es el riesgo de morir en un accidente, porque se inducen entre ellos mismos a cometer errores. Es muy importante controlar en ellos el uso de drogas y alcohol. La escuela y las autoridades deben participar activamente en el desarrollo de la responsabilidad vial en los jóvenes, exigiendo siempre el compromiso del grupo familiar.

La educación vial tanto para peatones como automovilistas es esencial para crear conciencia de prevención.

Los niños deben ser entrenados y educados en situaciones reales.

El diseño de los vehículos ha mejorado últimamente, con elementos de seguridad como los airbag, las barras laterales, las alarmas y el cambio de los cinturones de seguridad que ha contribuido a disminuir los traumas abdominales y fracturas de columna lumbar, por un diseño que ofrece mejor contención.

B. Asfixia por inmersión[9]

La asfixia por inmersión es la responsable de la segunda causa de mortalidad en accidente. En nuestro país mueren más de 160 niños de 1 a 9 años por año por esta causa.

Debe insistirse en la recomendación de no dejar nunca a un niño solo en el baño o en la bañera; treinta segundos y 10 cm de agua bastan para que un niño pequeño que caiga de boca se ahogue. Lo mismo vale para los baldes, inodoros

y los canales de riego. Las piletas de natación deben contar obligatoriamente con rejas de protección de 110 cm de altura y 10 cm de separación entre los barrotes como máximo.

Los niños pueden adquirir habilidades para nadar correctamente a partir de los 5 años de edad, independientemente del momento en que comiencen con las lecciones, debido a una limitación del desarrollo psicomotor esperable en menores de 4 años.

Finalmente se promueve una "supervisión de contacto", en la cual el adulto responsable debe estar a una distancia igual al largo de su propio brazo del niño al que supervisa, pudiendo alcanzarlo y tocarlo en todo momento.

La AAP recomienda[17] que:

1. Los niños menores de 4 años no tienen el nivel de desarrollo para aprender a nadar.
2. No se debe promover un programa acuático con el fin de disminuir el riesgo de que los niños puedan ahogarse.
3. Los padres no deben confiar en que sus hijos no corren riesgo en el agua o sus alrededores por participar en programas acuáticos.
4. El niño, estando en el agua, debe ser siempre supervisado por un adulto a una "distancia de contacto".
5. Todos los programas acuáticos deben incluir información sobre:
   - la limitación normal del niño menor de 4 años para aprender a nadar.
   - los riesgos inherentes al agua.
   - estrategias para evitar que el niño se ahogue.
   - rol del adulto en la supervisión.
6. La hipotermia y las enfermedades contagiosas pueden ser evitadas si se cumplen normas médicas establecidas.
7. Los pediatras deben contribuir con la recolección de datos, con la investigación de la prevención de ahogarse y con la legislación que tiene como objetivo reducir el riesgo del niño en el agua o sus alrededores.

Cabe señalar que las "alitas" no son seguras, porque se pinchan fácilmente o puede dañarse su válvula de seguridad, los "simil chalecos salvavidas"también son inseguros porque pueden hundirse dejando al niño cabeza abajo y sin poder salir. El uso del chaleco salvavidas es obligatorio en caso de ir en una embarcación, debe permitir que el niño flote aun estando inconsciente.

La vigilancia permanente del niño mientras está en el agua es la medida preventiva más importante, efectiva y económica.

C. Accidentes por quemaduras[18]

Son la tercera causa de muerte por accidente en pediatría siendo el hogar el lugar donde ocurren con mayor frecuencia.

La etiología más frecuente de la lesión es el contacto los líquidos calientes, le sigue el fuego, los sólidos calientes y luego la quemadura eléctrica. Según estudios en nuestro país hay un pico de mayor incidencia en el invierno y la edad de mayor riesgo es el primer y segundo año de vida. La mortalidad en el caso de quemaduras graves es de alrededor del 9%.

Las estufas, los calentadores eléctricos, las ollas con agua caliente, son causa frecuente de quemaduras graves en los niños. Se les debe enseñar a éstos que la cocina es un lugar riesgoso y no un lugar para jugar.

En nuestro país el riesgo de incendio de la ropa es muy elevado dado que actualmente se usan telas altamente inflamables.

El uso de detectores de humo es una medida preventiva muy importante, debería ser obligatoria en nuestro país, dado que la quemadura por inhalación es sumamente frecuente y grave.

En la Tabla 5 se nombran las principales medidas de prevención según el tipo de accidente.

Reglas básicas en la prevención de accidentes

- No dejar de vigilar nunca a un niño.
- No confiar siempre en que el niño es incapaz de hacer….
- El niño es capaz de entender más de lo que a uno le parece, se le debe explicar la situación de riesgo y peligro.
- El niño entiende con los ejemplos de los adultos.
- La mejor manera de prevenir accidentes es cuidar que el medio donde se desarrolla un niño sea seguro por sí mismo independientemente del adulto que lo controle.

Niveles en el control de accidentes

Prevención primaria

Son todas las medidas tendientes a limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo. Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad como por el gobierno y el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Tabla 6

Prevención secundaria

Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz de una enfermedad en un individuo o población y para una intervención rápida y efectiva tendiente a la recuperación de la salud.

En el caso de la enfermedad accidente la cadena de cuidados por el equipo tratante comienza en

TABLA 5: MEDIDAS DE PREVENCION SEGUN TIPO DE ACCIDENTE[9].

Tipo de accidente	Medidas de prevención
Caídas y golpes	- Colocar barreras físicas que impidan el paso (escaleras, escalones), cintas antideslizantes en escalones. Muebles amurados a la pared. Ventanas, huecos de escaleras, terrazas y balcones con defensas. - Uso de casco con el uso de la bicicleta. El tamaño adecuado de la bicicletas es aquel en que el niño sentado con sus pies toca el piso. - En el uso de cama cucheta es imprescindible que tenga baranda y el niño ser mayor de 6 años - Las cunas deben tener baranda cuya altura debe ser igual a la de un bebé parado sobre el colchón (minino 60 cm). La distancia entre los barrotes debe ser de 6 cm.
Quemaduras	- Nunca comer, beber o llevar algo caliente teniendo en brazos a un bebé. - Ubicar al bebé en lugar seguro en la cocina. - Evitar que contacten con fuentes de calor (proteger radiadores y estufas) - Tapar tomacorrientes, poner fuera del alcance planchas, lámparas. - Probar el agua del baño antes de sumergir al niño. - No dejar fósforos o encendedores al alcance. - Usar las hornallas de atrás para cocinar. Orientar los mangos hacia adentro.
Atragantamientos	- Poner fuera del alcance objetos que midan menos de 5 cm (maníes, botones, monedas, etc.). - Guardar las bolsas anudadas. - El momento de la comida que sea tranquilo (comer mientras se camina o se corre, puede provocar aspiración).
Intoxicaciones	- Guardar productos de limpieza, medicamentos o venenos fuera del alcance y que no pueda llegar de ninguna manera. - Leer atentamente los prospectos de medicamentos y respetar indicaciones del médico. - Guardar elementos tóxicos en envases seguros y bien rotulados. - Control de toxicidad de materiales educativos (lápices, tintas, pinturas, pegamentos, juguetes plásticos y goma, etc). - La ubicación del calefón debe ser en lugares ventilados nunca en el baño. - Realizar mantenimiento adecuado de los artefactos de gas ya que su desperfecto puede producir monóxido de carbono.
Al aire libre	- Sitios alejados del tránsito vehicular. - Suelo libre de obstáculos y basura (tener en cuenta animales sueltos, jeringas, vidrios). - Suelo muy blando en área protegida (arenero). - Toboganes anchos que lleguen hasta el suelo. Trayecto descendente de una sola pieza de material que no astille. - Hamacas rodeadas por cerco. Asiento que contenga al bebé en forma segura y sujeto a la parte superior por material rígido (no cadenas ni cuerdas). - Las actividades deportivas deben estar de acuerdo con las capacidades y entrenamiento de los niños. Las actividades competitivas deben realizarse a partir de los 12 años de edad. - El uso de triciclos o bicicletas en las veredas debe ser supervisado por un adulto que vaya al lado de él y no detrás,, las salidas de los garajes son lugares peligrosos.
En el agua	- Piletas rodeadas por barrera de 1,50 m y con separación de los barrotes de 6 cm con trabas de seguridad en la puerta del cerco. - Usar flotadores adecuados al peso y altura siempre. - Enseñar a nadar a la edad adecuada. - No dejar a los niños solos.

TABLA 6: NIVELES EN EL CONTROL DE ACCIDENTES.

Nivel de prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Objetivos buscados	Evitar la concurrencia del accidente	Disminuir la gravedad de las lesiones	Atención de las secuelas
Responsables	Legislación Educación Fabricantes de productos. Modelos culturales. Normas de tránsito Policía Etc.	Organización de la atención de la emergencia del trauma. Sistemas de transporte adecuado y accesible. Disponibilidad de recursos. Educación de los equipos de salud y la población en general.	Sistemas de rehabilitación psicofísica

el lugar del accidente. La etapa prehospital es de sumo valor, se deben de realizar el diagnóstico y tratamiento adecuados en cada caso para evitar nuevas lesiones, por omisión o control inadecuado.

Los cursos de reanimación cardiovascular básicos brindan herramientas para el manejo inicial de un accidentado y la prevención de lesiones secundarias. Deben estar destinados a la población general, y fundamentalmente a los responsables de campamentos, colegios o clubes donde se producen grandes concentraciones de niños, con mayor riesgo de accidentes.

Los profesionales de la salud deben estar entrenados en cursos sobre manejo avanzado de reanimación cardiopulmonar y manejo de trauma como parte indispensable de su formación académica.

Prevención terciaria

Se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a las personas a fin de que puedan reintegrarse a la sociedad. Estas se desarrollan después de que el paciente cursó la etapa crítica de la enfermedad.

Programa de prevención

La relevancia del tema ha movido a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar en 2000 la ley 378, por la que se creó el "Programa de Prevención de Accidentes en la Infancia y la Adolescencia" en el ámbito de la Secretaría de Promoción Social del Gobierno. El Programa involucra acciones de difusión y la creación de talleres en todos los establecimientos educativos y otros ámbitos como centros deportivos y colonias, donde se trabaje con niños.

Como parte del mismo se realizan estudios estadísticos anuales para relevar las causas e incidencia de los accidentes y evaluar la eficacia de las acciones y su eventual modificación.

El Programa tiene como objetivo principal reducir la morbimortalidad debida a accidentes.

Como pediatras abocados en la tarea de cuidar a los niños creemos en la irreemplazable función comunicadora y formadora social que tenemos para la prevención de accidentes.

REFERENCIAS

1. Injury Update. Community-based injury prevention. http-://health.state.ok.us/
2. Waisman I. Los pediatras argentinos y las lesiones no intencionales en la infancia. Arch Argent Pediatr. 2002; 100 (4): 275-277.
3. Portillo J. La Atención Primaria en Pediatría. Arch Arg Pediatr. 1997; 95:199-204.
4. Prevención de accidentes y lesiones. Organización Panamericana de la Salud 1993.
5. Asamblea Mundial de la Salud OMS 1996.
6. Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, Seidel HM y Weitzman ML. Atención Primaria en Pediatría. Harcourt Brace, Madrid, España, Tercera edición, 1998; 1(23): 268-286.
7. Subcomisión de Prevención de Accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría. Los accidentes no son accidentes. Página para pacientes. Arch Argent Pediatr. 2002; 100 (4): 352 a.
8. Ocampo J, Dello Russo B y Manterola A. Categorización en el paciente politraumatizado pediátrico. Medicina Infantil. 1997; Vol IV (3): 172 -174.
9. Subcomisión de Prevención de Accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de Prevención de Accidentes. Fundasap Ediciones. Bs. As. 2005.
10. Campos H R. Los accidentes en el hogar. Organización Panamericana de la Salud. 1993.
11. http://www.sap.org.ar/index.php?option=com_staticxt&Itemid=565&xt_item=1&staticfile=comunidad/info/accid1-5.htm
12. Iñon, A. Manual del Curso Atención Inicial en Trauma Pediátrico. Programa CAPA. Hospital Italiano. Buenos Aires. 1993.
13. Dello Russo B, Ocampo J, Bassini PO y Groiso JA. Evaluación de Morbi - Mortalidad en pacientes politraumatizados. Revista de S.A.O.T.I. Ortopedia Pediátrica. 1993; 1: 53.
14. Waisman I, Núñez JM y Sánchez J. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo. Arch Arg Pediatr. 2000; 98(1):2-11.
15. American Academy of Pediatrics. Car safety seats: A guide for families. 2008. <http://www.aap.org/ family/carseatguide.htm>.
16. Enseñat VM, Sojo M y lölster N J. Prevención primaria. Sillas para autos:¿qué saben los padres y qué podemos hacer los pediatras?. Arch Argent Pediatr. 2002; 100(4): 281-288.
17. Committee on Sports Medicine and Fitness, Committee on Injury and Poison Prevention. American Academy of Pediatrics. Swimming programs for infants and toddlers. Pediatrics. 2000; 105: 868-870.
18. Muñoz W, González J y Demirdjian G. Epidemiología de las quemaduras en la infancia. Arch Arg Pediatr. 1996; 94:309-313.