



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA

**URGENCIAS DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL ASISTIDAS
EN UN HOSPITAL INFANTIL DE LA CIUDAD DE
ALICANTE (1998)**

TESIS DOCTORAL

Presentada por **D. Eladio Bañón de Juan**
Director: Prof. Dr. D. Fernando Rodes Lloret

Alicante, 2003

AGRADECIMIENTOS

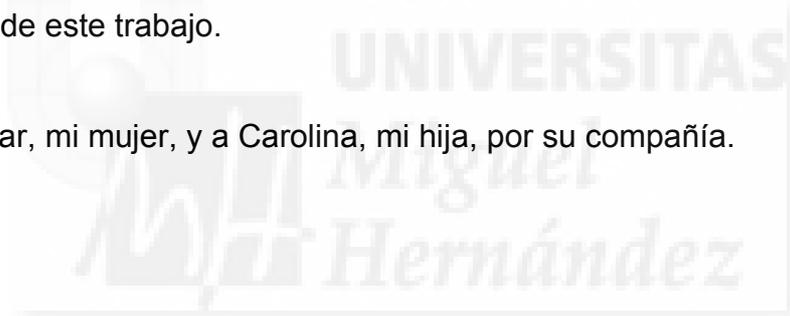
Quiero expresar el agradecimiento más sincero al Prof. Dr. D. Fernando Rodes Lloret, por su acogida, su estímulo diario y su cariñosa dirección; sin él, no hubiera sido posible este estudio.

Al Prof. Dr. D. Juan Bautista Martí Lloret, que supo recoger y canalizar mis inquietudes.

A todo el personal sanitario y administrativo del Hospital General Universitario de Alicante, por su inestimable ayuda en la recogida de datos.

A mis compañeros y amigos, por su ánimo y colaboración en la realización de este trabajo.

A Pilar, mi mujer, y a Carolina, mi hija, por su compañía.



ÍNDICE



1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Las lesiones en la infancia	3
1.2. Epidemiología de las lesiones infantiles	9
1.3. Prevención de las lesiones infantiles	14
1.4. El Servicio de Urgencias Pediátricas	21
1.5. Aspectos médico legales de la medicina de urgencia pediátrica Hospitalaria	31
2. OBJETIVOS	61
3. MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Material	
3.1.1. Fuentes utilizadas	65
3.2. Método	
3.2.1. Recogida de datos	66
3.2.2. Codificación de las variables	68
3.2.3. Estudio estadístico	76
4. RESULTADOS	
4.1. Tablas simples	
4.1.1. Sexo	83
4.1.2. Edad	85
4.1.3. Grupo de edad	85
4.1.4. País de origen	88
4.1.5. Residencia	88
4.1.6. Áreas de salud de la provincia de Alicante	88
4.1.7. Mes	90
4.1.8. Día de la semana	92
4.1.9. Día laborable/festivo	92
4.1.10. Hora de la asistencia	94
4.1.11. Hora de la asistencia en intervalos	96
4.1.12. Etiología	98
4.1.13. Diagnóstico clínico	100
4.1.14. Tipos de traumatismo único	102

4.1.15. Localización de la lesión	104
4.1.16. Destino	106
4.1.17. Días de estancia hospitalaria	108
4.1.18. Localidades de procedencia	109
4.1.19. Residencia del resto de provincias	111
4.1.20. Sexo en el parte de lesiones	112
4.1.21. Edad en el parte de lesiones	112
4.1.22. Etiología en el parte de lesiones	113
4.1.23. Diagnóstico clínico en el parte de lesiones	113
4.1.24. Localización de la lesión en el parte de lesiones	115
4.1.25. Pronóstico en el parte de lesiones	115
4.2. Tablas bifactoriales	
4.2.1. Distribución del sexo según la edad	117
4.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad	119
4.2.3. Distribución del sexo según la etiología	121
4.2.4. Distribución del sexo según el diagnóstico clínico	122
4.2.5. Distribución del sexo según el mes	123
4.2.6. Distribución del sexo según el día de la semana	124
4.2.7. Distribución del sexo según el intervalo horario	125
4.2.8. Distribución de la edad según el sexo	127
4.2.9. Distribución del grupo de edad según el sexo	129
4.2.10. Distribución de la edad según el mes	131
4.2.11. Distribución del grupo de edad según el mes	132
4.2.12. Distribución de la edad según el día de la semana	133
4.2.13. Distribución del grupo de edad según día de la semana	134
4.2.14. Distribución de la edad según el intervalo horario	135
4.2.15. Distribución del grupo de edad según el intervalo horario	137
4.2.16. Distribución de la edad según la etiología	138
4.2.17. Distribución del grupo de edad según la etiología	139
4.2.18. Distribución de la edad según el diagnóstico clínico	140
4.2.19. Distribución del grupo de edad según el diagnóstico clínico	141
4.2.20. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario	142

4.2.21. Distribución del mes según el intervalo horario	144
4.2.22. Distribución del mes según el sexo	145
4.2.23. Distribución del mes según la edad	146
4.2.24. Distribución del mes según el grupo de edad	147
4.2.25. Distribución del mes según etiología	148
4.2.26. Distribución del mes según el diagnóstico clínico	149
4.2.27. Distribución del mes según el ingreso hospitalario	151
4.2.28. Distribución del día de la semana según el sexo	153
4.2.29. Distribución del día de la semana según el grupo de edad	154
4.2.30. Distribución del día de la semana según la etiología	155
4.2.31. Distribución del día de la semana según ingreso hospitalario	156
4.2.32. Distribución de la hora de asistencia según el sexo	157
4.2.33. Distribución del intervalo horario según la edad	158
4.2.34. Distribución del intervalo horario según a etiología	159
4.2.35. Distribución del intervalo horario según el diagnóstico clínico	160
4.2.36. Distribución del intervalo horario según el día laborable/festivo	161
4.2.37. Distribución del intervalo horario según el ingreso hospitalario	163
4.2.38. Distribución de la etiología según el sexo	165
4.2.39. Distribución de la etiología según la edad	166
4.2.40. Distribución de la etiología según el grupo de edad	167
4.2.41. Distribución de la etiología según el ingreso hospitalario	168
4.2.42. Distribución del diagnóstico clínico según el sexo	170
4.2.43. Distribución del diagnóstico clínico según la edad	171
4.2.44. Distribución del diagnóstico clínico según el grupo de edad	172
4.2.45. Distribución del diagnóstico clínico según el ingreso hospitalario	173
4.2.46. Distribución de la localización de la lesión según el sexo	174

4.2.47. Distribución de la localización de la lesión según la edad	176
4.2.48. Distribución del ingreso hospitalario según el sexo	177
4.2.49. Distribución del ingreso hospitalario según la edad	178
4.2.50. Distribución del ingreso hospitalario según el grupo de edad	179
4.2.51. Distribución del ingreso hospitalario según el mes	181
4.2.52. Distribución del ingreso hospitalario según el día de la semana	182
4.2.53. Distribución del ingreso hospitalario según el intervalo horario	183
4.2.54. Distribución del ingreso hospitalario según día laborable/festivo	184
4.2.55. Distribución del ingreso hospitalario según etiología	185
4.2.56. Distribución del ingreso hospitalario según diagnóstico clínico	186
4.3. Accidentes casuales	
4.3.1. Tablas simples	
4.3.1.1. Mecanismo accidental	187
4.3.1.2. Diagnóstico clínico	188
4.3.1.3. Tipos de traumatismo único	189
4.3.1.4. Localización de la lesión	190
4.3.1.5. Destino	190
4.3.2. Caídas	
4.3.2.1. Tablas simples	
4.3.2.1.1. Sexo	192
4.3.2.1.2. Edad	193
4.3.2.1.3. Grupo de edad	193
4.3.2.1.4. Mes	195
4.3.2.1.5. Día de la semana	196
4.3.2.1.6. Día laborable/festivo	196
4.3.2.1.7. Hora de la asistencia	197
4.3.2.1.8. Hora por intervalos	198
4.3.2.1.9. Mecanismo accidental de la caída	198
4.3.2.1.10. Diagnóstico clínico	200

4.3.2.1.11. Tipos de traumatismo único	200
4.3.2.1.12. Destino	201
4.3.2.1.13. Días de estancia hospitalaria	201
4.3.2.1.14. Localización de la lesión	202
4.3.2.2. Tablas bifactoriales	
4.3.2.2.1. Distribución del sexo según la edad	204
4.3.2.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad	205
4.3.2.2.3. Distribución del sexo según el mecanismo accidental	206
4.3.2.2.4. Distribución del sexo según el diagnóstico clínico	207
4.3.2.2.5. Distribución del sexo según el tipo de traumatismo único	208
4.3.2.2.6. Distribución del sexo según el ingreso hospitalario	209
4.3.2.2.7. Distribución del sexo según la localización de la lesión	210
4.3.2.2.8. Distribución de la edad según el mecanismo accidental	211
4.3.2.2.9. Distribución del grupo de edad según el mecanismo accidental	212
4.3.2.2.10. Distribución de la edad según el diagnóstico clínico	213
4.3.2.2.11. Distribución del grupo de edad según el diagnóstico clínico	214
4.3.2.2.12. Distribución de la edad según el tipo de traumatismo único	215
4.3.2.2.13. Distribución del grupo de edad según el traumatismo único	216
4.3.2.2.14. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario	217
4.3.2.2.15. Distribución del mecanismo accidental según el diagnóstico clínico	218

4.3.2.2.16. Distribución del mecanismo accidental según el tipo de traumatismo único	219
4.3.2.2.17. Distribución del mecanismo accidental según la localización de la lesión	220
4.3.2.2.18. Distribución del ingreso hospitalario según el mecanismo accidental	221
4.3.2.2.19. Distribución del ingreso hospitalario según el tipo de traumatismo único	222
4.3.2.2.20. Distribución del ingreso hospitalario según la localización de la lesión	223
4.3.3. Cuerpos extraños	
4.3.3.1. Tablas simples	
4.3.3.1.1. Sexo	224
4.3.3.1.2. Edad	226
4.3.3.1.3. Grupo de edad	226
4.3.3.1.4. Provincia	228
4.3.3.1.5. Mes	228
4.3.3.1.6. Día de la semana	229
4.3.3.1.7. Día laborable/festivo	229
4.3.3.1.8. Hora de la asistencia	230
4.3.3.1.9. Hora por intervalo	231
4.3.3.1.10. Tipo de cuerpo extraño	231
4.3.3.1.11. Localización del cuerpo extraño	232
4.3.3.1.12. Destino	232
4.3.3.1.13. Días de estancia hospitalaria	235
4.3.3.2. Tablas bifactoriales	
4.3.3.2.1. Distribución del sexo según la edad	236
4.3.3.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad	237
4.3.3.2.3. Distribución del sexo según el tipo de cuerpo extraño	238
4.3.3.2.4. Distribución del sexo según la localización del cuerpo extraño	239
4.3.3.2.5. Distribución del sexo según el ingreso hospitalario	240
4.3.3.2.6. Distribución de la edad según el tipo de cuerpo extraño	241

4.3.3.2.7.	Distribución del grupo de edad según el tipo de cuerpo extraño	242
4.3.3.2.8.	Distribución de la edad según la localización del cuerpo extraño	243
4.3.3.2.9.	Distribución del tipo de cuerpo extraño según la localización del cuerpo extraño	244
4.3.3.2.10.	Distribución del ingreso hospitalario según la localización del cuerpo extraño	245
4.3.4.	Intoxicaciones	
4.3.4.1.	Tablas simples	
4.3.4.1.1.	Sexo	246
4.3.4.1.2.	Edad	247
4.3.4.1.3.	Grupo de edad	247
4.3.4.1.4.	Provincia	249
4.3.4.1.5.	Mes	249
4.3.4.1.6.	Día de la semana	250
4.3.4.1.7.	Día laborable/festivo	250
4.3.4.1.8.	Hora de la asistencia	251
4.3.4.1.9.	Hora por intervalo	252
4.3.4.1.10.	Agente tóxico	252
4.3.4.1.11.	Agente de uso doméstico	254
4.3.4.1.12.	Agente de origen medicamentoso	254
4.3.4.1.13.	Destino	255
4.3.4.1.14.	Días de estancia hospitalaria	255
4.3.4.2.	Tablas bifactoriales	
4.3.4.2.1.	Distribución del sexo según la edad	257
4.3.4.2.2.	Distribución del sexo según el grupo de edad	258
4.3.4.2.3.	Distribución del sexo según el agente tóxico	259
4.3.4.2.4.	Distribución de la edad según el agente tóxico	261
4.3.4.2.5.	Distribución del grupo de edad según el agente tóxico	262
4.3.4.2.6.	Distribución del agente tóxico según el mes	263
4.3.4.2.7.	Distribución del agente tóxico según el día de la semana	264

4.3.4.2.8.	Distribución del agente tóxico según el intervalo horario	265
4.3.4.2.9.	Distribución del ingreso hospitalario según el agente tóxico	266
4.3.5.	Quemaduras	
4.3.5.1.	Tablas simples	
4.3.5.1.1.	Sexo	268
4.3.5.1.2.	Edad	269
4.3.5.1.3.	Grupo de edad	269
4.3.5.1.4.	Provincia	271
4.3.5.1.5.	Mes	271
4.3.5.1.6.	Día de la semana	272
4.3.5.1.7.	Día laborable/festivo	272
4.3.5.1.8.	Hora de la asistencia	273
4.3.5.1.9.	Hora por intervalos	274
4.3.5.1.10.	Mecanismo causante de la quemadura	274
4.3.5.1.11.	Profundidad de la quemadura	275
4.3.5.1.12.	Porcentaje de la superficie corporal quemada	275
4.3.5.1.13.	Localización de la quemadura	277
4.3.5.1.14.	Destino	277
4.3.5.1.15.	Días de estancia hospitalaria	279
4.3.5.2.	Tablas bifactoriales	
4.3.5.2.1.	Distribución del sexo según la edad	280
4.3.5.2.2.	Distribución del sexo según el grupo de edad	281
4.3.5.2.3.	Distribución del sexo según profundidad de la quemadura	282
4.3.5.2.4.	Distribución del sexo según el porcentaje de la superficie corporal quemada	283
4.3.5.2.5.	Distribución del sexo según el mecanismo accidental	284
4.3.5.2.6.	Distribución de la edad según la profundidad de la quemadura	285
4.3.5.2.7.	Distribución de la edad según el porcentaje de la superficie corporal quemada	286

4.3.5.2.8.	Distribución de la edad según el mecanismo accidental	287
4.3.5.2.9.	Distribución de la edad según el día laborable/festivo	288
4.3.5.2.10.	Distribución del mecanismo accidental según la profundidad de la quemadura	289
4.3.5.2.11.	Distribución del mecanismo accidental según el porcentaje de la superficie corporal quemada	290
4.3.5.2.12.	Distribución del mecanismo accidental según la localización de la lesión	291
4.4.	Lesiones producidas por animales	
4.4.1.	Tablas simples	
4.4.1.1.	Sexo	292
4.4.1.2.	Edad	293
4.4.1.3.	Grupo de edad	293
4.4.1.4.	Provincia	295
4.4.1.5.	Mes	295
4.4.1.6.	Día de la semana	296
4.4.1.7.	Día laborable/festivo	296
4.4.1.8.	Hora de la asistencia	297
4.4.1.9.	Hora por intervalos	298
4.4.1.10.	Diagnóstico clínico	298
4.4.1.11.	Agente causante de la picadura	299
4.4.1.12.	Agente causante de traumatismos	299
4.4.1.13.	Localización de la lesión	300
4.4.1.14.	Destino	300
4.4.1.15.	Días de estancia hospitalaria	301
4.4.2.	Tablas bifactoriales	
4.4.2.1.	Distribución del sexo según la edad	302
4.4.2.2.	Distribución del sexo según el diagnóstico clínico	303
4.4.2.3.	Distribución del sexo según ingreso hospitalario	304
4.4.2.4.	Distribución de la edad según el agente causante de la lesión	305
4.4.2.5.	Distribución del ingreso hospitalario según el agente causante de la lesión	306

4.5. Accidentes de tráfico

4.5.1. Tablas simples

4.5.1.1. Sexo	307
4.5.1.2. Edad	308
4.5.1.3. Grupo de edad	308
4.5.1.4. Provincia	310
4.5.1.5. Mes	310
4.5.1.6. Día de la semana	311
4.5.1.7. Día laborable/festivo	311
4.5.1.8. Hora de la asistencia	312
4.5.1.9. Hora por intervalos	313
4.5.1.10. Mecanismo accidental	313
4.5.1.11. Diagnóstico clínico	315
4.5.1.12. Tipos de traumatismo único	315
4.5.1.13. Localización de la lesión	316
4.5.1.14. Destino	316
4.5.1.15. Días de estancia hospitalaria	318

4.5.2. Tablas bifactoriales

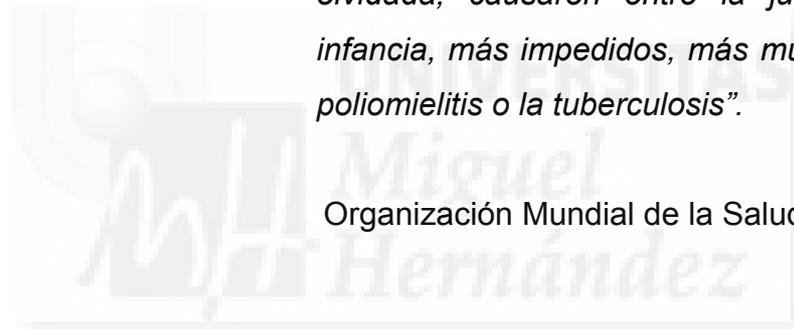
4.5.2.1. Distribución del sexo según la edad	319
4.5.2.2. Distribución del sexo según el mecanismo accidental	320
4.5.2.3. Distribución del sexo según el tipo de traumatismo único	322
4.5.2.4. Distribución del sexo según el ingreso hospitalario	323
4.5.2.5. Distribución de la edad según el día de la semana	324
4.5.2.6. Distribución de la edad según el mecanismo accidental	325
4.5.2.7. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario	326
4.5.2.8. Distribución del mes según el mecanismo accidental	327
4.5.2.9. Distribución del día de la semana según el mecanismo accidental	328
4.5.2.10. Distribución del día laborable/festivo según el mecanismo accidental	329
4.5.2.11. Distribución del mecanismo accidental según el ingreso hospitalario	330

4.6. Otras etiologías	
4.6.1. Agresión	332
4.6.2. Malos tratos	335
4.6.3. Abuso sexual	337
4.6.4. Otras causas	338
5. DISCUSIÓN	341
5.1. Accidentes casuales	369
5.1.1. Caídas	371
5.1.2. Cuerpos extraños	374
5.1.3. Intoxicaciones	379
5.1.4. Quemaduras	387
5.2. Lesiones producidas por animales	394
5.3. Accidentes de tráfico	397
5.4. Otras etiologías	402
6. CONCLUSIONES	407
7. BIBLIOGRAFÍA	411



“El automóvil más veloz, el avión, la montaña más escarpada, un barco dando bandazos en plena tempestad son menos peligrosos que la escalera o el dormitorio de cualquier vivienda. El tubo de aspirina que alguien dejó sobre la mesa por descuido, el agua hirviendo que se derrama, un destornillador o cualquier herramienta olvidada, causaron entre la juventud y la infancia, más impedidos, más muertes que la poliomielitis o la tuberculosis”.

Organización Mundial de la Salud, 1957.



1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LAS LESIONES EN LA INFANCIA

Etimológicamente, el término lesión tomado del latín *laesio,-onis* “daño” es un sustantivo verbal de *laedo* “dañar”.

La Real Academia de la Lengua Española¹ define el vocablo daño como *“la acción de dañar, como causar menoscabo, perjuicio, dolor, detrimento o molestias”*.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lesión es la *“pérdida o anormalidad en una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica”*.

Desde el punto de vista médico, Gisbert² señala que *“la lesión es toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos e internos”*.

Hinojal³, al establecer el concepto de daño, indica, *“Todo aquello que menoscabe a la integridad física, psíquica y moral de la persona y que tenga una repercusión en su estado anterior, bienes e incluso en terceros”* y también, como *“La alteración orgánica o funcional de la persona a cuya integridad tiene derecho, así como a la funcionalidad correcta derivada de su integridad”*.

La mayoría de las lesiones que se producen en la infancia, presentan una etiología casual o accidental, entendiendo como tal, el suceso fortuito, no intencional; por ello, es frecuente referirse a estas lesiones, como *“accidentes infantiles”*.

Por otro lado, cada día son más frecuentes las lesiones en niños originadas por otras causas como, agresión, maltrato, abuso sexual, etc.

La OMS⁴, en el año 1957, definió a los accidentes como *“acontecimientos fortuitos que producen un daño corporal identificable”*.

La situación demográfica sanitaria de cualquier país, varía con su desarrollo industrial; la mortalidad disminuye, sobre todo, a expensas de la mortalidad infantil, se incrementa el valor del índice de vida media de la población y, aumenta la morbi-mortalidad por accidentes.

La OMS⁵ en *“Salud para todos en el año 2000”*, en referencia a la región Europea, afirma que *“los accidentes se han convertido en los mayores asesinos en especial para los grupos más expuestos como niños, ancianos y minusválidos”*.

En los países desarrollados, los accidentes son la primera causa de muerte en la infancia después del primer año de vida. Constituyen un problema no sólo social, sino también sanitario, por su alta morbi-mortalidad, las secuelas que originan, los altos costes sanitarios, la pérdida de escolarización, etc.

En un estudio realizado en Francia sobre las secuelas de los accidentes en la adolescencia, Yacoubovitch et al.⁶, ponen de relieve que, transcurrido un año de la lesión, el 13% de los accidentados presentan algún tipo de secuela, y el 5%, ven su vida cotidiana perturbada de manera importante como consecuencia del accidente.

Rodríguez⁷, basándose en las cifras de mortalidad infantil en España del año 1994 y, a partir de datos de otros países, estima, que los accidentes infantiles hasta los 18 años, produjeron en nuestro país, 1,6 millones de asistencias en los Servicios de Urgencias y 60.000 hospitalizaciones.

La ausencia de habilidades psicomotoras, la inexperiencia, la falta de capacidad para valorar el riesgo de ciertas actividades, los cambios vertiginosos que se producen en el ambiente que les rodea, y la curiosidad por lo desconocido, son algunos de los factores que se argumentan, para explicar la frecuencia de lesiones en la población infantil.

Existe un cierto “fatalismo” al considerar que los accidentes infantiles son inevitables, una cuestión del destino, de la buena estrella de cada niño.

Lamentablemente, habitamos en un entorno concebido por y para los adultos, donde las medidas de protección infantil no son tenidas en cuenta a la

hora de construir las viviendas, diseñar los electrodomésticos o instalar los parques de juegos para niños.

Reflexionando sobre esta cuestión, Widome⁸ se pregunta “¿ por qué los automóviles salen de fábrica con cinturones de seguridad diseñados a medida de las personas adultas, mientras que la seguridad de los niños depende de un producto comercial que es necesario adquirir posteriormente?”.

Y, más adelante: “ ¿ por qué la viviendas que han sido construidas y diseñadas para que la gente críe a sus hijos no disponen de protección frente a las quemaduras producidas por el agua caliente doméstica ?”.

Algunos autores, en trabajos realizados en otros países, resaltan los altos costes sanitarios generados por los accidentes infantiles así como, sus repercusiones en el ámbito laboral y económico de las familias^{9,10}.

Es cierto, que algunos países desarrollados han conseguido reducir la incidencia de accidentes en la población infantil, como Suecia, Reino Unido, Italia, Japón pero, a pesar de ello, el Fondo internacional de las Naciones Unidas para el socorro a la infancia (UNICEF), en su Innocenti Report Card (Issue Nº 2) publicado en Florencia, en Febrero de 2001¹¹, donde establece la primera liga de mortalidad infantil debido a lesiones, señala que “20.000 niños de 1 a 14 años de los países más ricos del mundo morirán como consecuencia de lesiones sufridas en accidentes”.

En general, la probabilidad de que un niño muera a consecuencia de una lesión, ha disminuido durante los últimos años, sin embargo, en todos los países industrializados, las lesiones se han convertido en la causa principal de mortalidad entre los niños hasta los 14 años, representando casi un 40% del total de muertes a esa edad.

Pocos datos existen en nuestro país, sobre lesiones en niños causadas por otras etiologías (malos tratos, agresión, abuso sexual, etc).

El Consejo de Europa, en su recomendación 17 de 1979 establece: “Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica o sexual, asimismo, si sufre falta de atención por parte de personas o instituciones de las que depende para su desarrollo”

Como indica Martí Lloret¹², *“dentro del género humano, el niño es el ser más vulnerable”*.

Tradicionalmente, los niños, se han visto sometidos a daños físicos, tareas inadecuadas a su edad, maltrato psíquico, abandono, abuso sexual, etc.

Desde hace unos años, existe una preocupación social de protección al menor, que ha determinado, por parte de instituciones internacionales y diversos países, una voluntad legislativa encaminada al reconocimiento de los derechos de los menores y, a un mayor protagonismo social de los mismos.

La Convención de Derechos del Niño, de Naciones Unidas, de 20 de Noviembre de 1989, establece:

Artículo 19 (Derechos del Niño)

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

La Convención de los Derechos del Niño, fue ratificada por España, el 30 de Noviembre de 1990.

La Ley Orgánica 1 /1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, regula el ordenamiento jurídico en materia de menores¹³.

Artículo 3 (Ley Protección del Menor)

Los menores gozarán de los derechos que les reconoce la Constitución y los Tratados Internacionales de los que España sea parte,

especialmente la Convención de derechos de niño de Naciones Unidas y los demás derechos garantizados en el ordenamiento jurídico, sin discriminación alguna por razón del nacimiento, nacionalidad, raza, sexo, deficiencia o enfermedad, religión, lengua, cultura, opinión o cualquier otra circunstancia personal, familiar o social.

Los poderes públicos garantizarán el respeto de los derechos de los menores y adecuarán sus actuaciones a la presente Ley y a la mencionada normativa internacional.

Existen diferentes manifestaciones del maltrato infantil: maltrato físico, abandono, abuso sexual, maltrato emocional, síndrome de Münchausen por poderes, maltrato institucional, etc.

Como indica Jiménez¹⁴, el maltrato infantil resulta difícil de precisar, “*ni siquiera son aproximadas las cifras que se refieren a los malos tratos físicos, que son los más fáciles de objetivar*”.

Por ello, tanto los médicos como los educadores, deben prestar especial atención a los niños que presenten determinados síntomas, como lesiones físicas repetidas, falta de cuidados médicos básicos, cansancio o apatía permanente, relaciones hostiles y distantes, etc.

En los últimos años, se ha desarrollado una conciencia colectiva que se manifiesta, en la importancia de detectar, prevenir y sancionar las diversas formas de maltrato infantil.

En relación al abuso sexual infantil, en Barcelona, Pou et al.¹⁵ al realizar un estudio en menores de 15 años, resaltan que, como ha sucedido en otros países, se observa un aumento en el número de casos sospechosos así, como una disminución en la edad de los niños.

Podemos considerar el abuso sexual infantil, como cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad, no siendo necesario que exista contacto físico sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual.

Los casos de abuso sexual, sobre todo en los niños de corta edad, son los de mayor gravedad y más difíciles de detectar, debido a su incapacidad para comunicar los hechos; en muchas ocasiones, esta circunstancia determina que, personas próximas al menor, no conozcan la situación en la que se encuentra.

La ONG Save the Children¹⁶, informa que en España, el 23% de las niñas y el 15% de los niños, sufren abusos sexuales antes de los 17 años, y que en el 46% de los casos, se repiten los abusos más de una vez sobre la misma víctima.

La importancia de la protección al menor y el compromiso de la sociedad en esta cuestión, ha llevado al Servicio de Responsabilidad del Colegio de Médicos de Barcelona, a la elaboración de una unidad didáctica "*Asistencia a menores, adolescentes y malos tratos*" donde, se plantean las situaciones más polémicas a las que se pueden enfrentar los médicos en su asistencia a los menores¹⁷.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES INFANTILES

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 1998¹⁸, se produjeron en la población española 360.511 fallecimientos por todas las causas, de los cuales 16.863, se incluyeron en la rúbrica XVII - "*Causas externas de traumatismos y envenenamientos*" (E800-E999), lo que representa un 4,6% del total de las muertes.

Si analizamos la población infantil entre 0 y 14 años, observamos que en el citado año, se registraron 2.937 fallecimientos por todas las causas, 408 de ellos, originados por causas externas de traumatismos y envenenamiento, lo que supone un porcentaje del 13,8% sobre el total, tres veces superior al registrado para la población general.

Más impactantes resultan estos datos, si se desglosan por grupos de edad, así, entre 1-4 años las causas externas, son responsables del 27,7% de las muertes, porcentaje que, asciende al 30,6% en los niños de 5-9 años y, se eleva hasta el 36% en el tramo de 10-14 años.

Las cifras expuestas nos aproximan a una problemática social y sanitaria importante en nuestro país.

Los datos del INE, indican que, en la Comunidad Valenciana durante el año 1998, se produjeron 256 muertes en la población infantil (0-14 años), el 11,7% de ellas (30) fueron originadas por causas externas de traumatismos y envenenamientos. En la provincia de Alicante, fallecieron 95 niños, de los cuales 13 (13,6%), tuvieron como causa los traumatismos y envenenamientos.

Arbelo y Arbelo¹⁹, al estudiar la mortalidad por accidentes en España, durante el período 1951-1975, y utilizando los datos publicados por el INE, hacen constar que, en el año 1951 fallecieron por accidente 1.305 niños de edades entre 0 y 14 años, un 13,7% del total de fallecidos por esta causa (9.501). Transcurridos veinticinco años, es decir en 1975, refieren 1.557 muertes por accidente en niños, sobre un total de 15.120 fallecidos de todas las edades, lo que supone un 10,29%.

Muy poco se redujo la incidencia de los accidentes en los niños durante el citado período, así, en el año 1951, la mortalidad infantil por accidentes

presentaba un coeficiente por 1.000 habitantes de 0,046, en el año 1975, el coeficiente fue de 0,044.

Carol et al.²⁰, estudiando la mortalidad infantil en España entre 1982 y 1986, encuentran un total de 37.923 defunciones por todas las causas entre 0 y 14 años, 5.231 de ellas, lo han sido por accidente y, representan el 13,9%, porcentaje similar al reflejado por nosotros correspondiente a 1998.

García-Marcos et al.²¹ analizan las tasas de mortalidad en la infancia en España, a partir de los datos del INE, correspondientes a 1991 y, aunque ponen de relieve que se ha reducido casi a la mitad, 17,11 por 1.000 nacidos vivos en 1976, hasta 9,20 por 1.000 en 1986, resaltan que, cuando se analizan las muertes en el tramo de edad de 1-4 años, los accidentes, son la primera causa de muerte, casi un 26%.

Datos recogidos del INE²² nos permiten, valorar la evolución de la mortalidad por accidentes (rúbrica XVII) en España (Tabla I):

Año	Mortalidad general			Mortalidad infantil		
	Todas Causas	XVII	% sobre muertes	Todas Causas	XVII	% sobre muertes
1975	298.192	15.124	5,07%	13.241	1.557	11,75%
1980	289.344	15.464	5,34%	10.880	1.492	13,71%
1985	312.532	15.667	5,01%	6.761	1.071	15,84%
1990	333.142	18.867	5,66%	5.174	866	16,73%
1995	346.227	16.325	4,71%	3.334	492	14,75%
1998	360.511	16.863	4,67%	2.937	408	13,89%
2000	360.391	16.541	4,58%	2.788	400	14,34%

Tabla I. Evolución de la mortalidad en España.

Afortunadamente, el porcentaje de niños fallecidos respecto a la población general, ha disminuido de manera considerable; es evidente, que las cifras de mortalidad infantil, se han reducido en las últimas décadas en nuestro país, sin embargo, las muertes originadas por causas externas, siguen constituyendo una cifra importante sobre el total de fallecimientos.

En la Comunidad Valenciana, la tasa de mortalidad infantil, descendió de forma similar al resto de España, así en 1981, era de 11,24 por 1.000, de 8,03 por 1.000 en 1985 y, de 2,37 por mil en 1990. A pesar de ello, las muertes por accidente en 1989, son el 14,7% entre 0-4 años, el 26,3% en el grupo de 5-9 años y el 43,1% entre 10-14 años²³.

Algunos países desarrollados, han conseguido reducir la incidencia de accidentes en la población infantil.

En el año 1988, la Organización Mundial de la Salud, refiere que Suecia es el país del mundo con menor proporción de muertes infantiles por lesiones. Pero, como reconocen Bergman y Rivara²⁴, no siempre ha sido así; en el período 1957-59, la tasa de mortalidad por lesiones en niños de 1-4 años, se situaba alrededor de 50 por 100.000 habitantes, bastante superior a la Estados Unidos, con una cifra por encima de 30 por 100.000 habitantes. En 1988 la tasa de mortalidad por lesiones en Suecia, se situaba en 7 por 100.000 habitantes, mientras que, en Estados Unidos, era próxima a 20 por 100.000 habitantes. Si en el año 1954, morían por traumatismos 450 niños suecos menores de 15 años, en el año 1988 la cifra había descendido a 88.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por algunos países industrializados, como el citado Suecia, Reino Unido e Italia, Unicef en su Innocenti Report Card (Issue N° 2) publicado en Febrero de 2001¹¹, donde establece la primera liga de mortalidad infantil debido a lesiones, señala, que *“20.000 niños de 1 a 14 años de los países más ricos del mundo morirán como consecuencia de lesiones sufridas en accidentes”*.

Esta liga de mortalidad infantil, se basa en la tasa de mortalidad por lesiones en niños de hasta 14 años de naciones ricas, durante el período 1991-95; en ella, ocupa el primer lugar Suecia con una tasa de 5,2 por 100.000 niños, le siguen, Reino Unido e Italia con una tasa de 6,1. En el octavo lugar, se encuentra España con una tasa de 8,1. Al final de la liga se encuentran los Estados Unidos y Portugal, donde la tasa de mortalidad infantil por lesiones, es el doble del nivel de los países a la cabeza, y Corea del Sur, donde la tasa es cuatro veces mayor.

Los valores precedentes, se ven incrementados cuando se trata de niños menores de 5 años.

Reproducimos, en la Tabla II, los datos correspondientes a las tasas de mortalidad infantil por 100.000 niños y año del grupo de edad, publicados por UNICEF, en el Innocenti Report Card (Issue n° 2)¹¹:

PAÍS	1-14 años	1-4 años
Suecia	5,2	5,6
Reino Unido	6,1	7,3
Italia	6,1	5,9
Holanda	6,6	8,4
Noruega	7,6	8,0
Grecia	7,6	8,7
Dinamarca	8,1	9,1
España	8,1	10,2
Finlandia	8,2	7,3
Alemania	8,3	11,2
Irlanda	8,3	10,1
Japón	8,4	14,1
Francia	9,1	12,0
Bélgica	9,2	9,8
Austria	9,3	12,0
Australia	9,5	14,9
Suiza	9,6	12,4
Canadá	9,7	11,4
Hungría	10,8	13,1
República Checa	12,0	14,5
Polonia	13,4	16,5
Nueva Zelanda	13,7	19,6
Estados Unidos	14,1	19,1
Portugal	17,8	23,8
Méjico	19,8	27,2
Corea	25,6	37,0

Tabla II. Liga de mortalidad infantil (Fuente: Unicef).

Más adelante, el informe Innocenti indica, “*si los miembros de la Unión Europea alcanzaran los mismos niveles de seguridad que Suecia, se salvarían aproximadamente las vidas de 1.600 jóvenes solamente en Europa*”.

La sociedad actual, muestra una preocupación creciente ante el bienestar infantil, por ello, las situaciones de maltrato, agresión o abuso sexual en niños, tienen una gran repercusión.

El maltrato infantil, constituye un problema de salud pública, complicado de abordar, por sus variadas causas, como son, psicológicas, familiares, sociales, económicas, religiosas, etc. Es el responsable de variadas lesiones que originan importantes secuelas, que se hacen visibles a medio y largo plazo, tanto físicas como psíquicas.

Sus propias características, especialmente, el hecho de registrarse en la intimidad de la convivencia familiar, dificultan un conocimiento real de la incidencia de este tipo de lesiones en los niños.

Una reciente publicación de la Generalitat Valenciana²⁵, apunta, que en España, los estudios realizados, indican unas cifras de maltrato infantil alrededor del 2% de la población, aunque, se considera, que los casos detectados sólo representan entre el 10-20% de los casos reales.

En el presente estudio, incluimos 7 niños objeto de malos tratos y 1 niño con síndrome de abstinencia, es decir, el 0,19% del total de lesionados.

En USA, Stewart et al.²⁶, al estudiar los traumatismos en niños de hasta 3 meses de edad, cifran los casos sospechosos de maltrato, en el 28% de los niños asistidos en los Servicios de Urgencia.

Rosenberg y Marino²⁷, encuentran que, el 19,5% de los niños menores de 5 años, atendidos por quemaduras en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de Michigan, eran sospechosos de maltrato.

Según datos publicados por UNICEF, en la región de América Latina y el Caribe, 80.000 niños mueren cada año, como consecuencia de la violencia en el núcleo familiar.

Una situación similar, encontramos en el abuso sexual infantil, las cifras reales se consideran muy superiores a los casos detectados.

En España, un 20% de la población informa, haber sido víctima de algún tipo de abuso sexual.

Rodríguez²⁸ estima, basándose en datos aportados por distintas encuestas realizadas en nuestro país, que entre un 28% y un 33% de las mujeres han sufrido abusos sexuales antes de los 15 años.

Muy pocos son los casos de abuso sexual, que se recogen a nivel hospitalario o judicial; el miedo, el chantaje o el respeto, condicionan al niño a la hora de manifestar su situación. La ausencia de signos físicos en muchas ocasiones, dificulta en gran medida la detección²⁹.

Únicamente, 4 casos de sospecha de abuso sexual, se incluyen en este trabajo, lo que representa el 0,097% de la población pediátrica asistida por lesiones.

En el Partido Judicial de Elche, Rodes et al.³⁰, al analizar las denuncias formuladas por malos tratos físicos en el ambiente familiar, no hallan ningún caso de abuso sexual infantil.

En el Hospital "San Joan de Déu" de Barcelona, Pou et al.¹⁵, en un estudio realizado a lo largo del año 1996, refieren, tan solo, 18 casos sospechosos de abuso sexual; la edad de los niños oscilaba, entre 1 mes y 14 años.

1.3. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES INFANTILES

La relevancia de los accidentes infantiles en la salud pública, así como, la posibilidad de reducirlos, ha llevado a muchos países a desarrollar planes de estudio y prevención.

En nuestro país, en el Simposium de Pediatría Social, organizado por la Asociación Española de Pediatría y celebrado en Mayo de 1972 en Madrid, se reunió un grupo de trabajo que, posteriormente se convirtió en Comité Nacional para la Prevención de Accidentes en la Infancia en dicha Asociación.

Una de las primeras tareas del Comité, ante los escasos datos epidemiológicos, fue la realización de un estudio sobre los accidentes infantiles,

mediante una encuesta nacional, que se desarrolló durante 1973, financiada por la propia Asociación Española de Pediatría.

Con los datos aportados se elaboró el *Plan de Prevención de Accidentes Infantiles 1979*³¹, redactado por el Comité Nacional, en el cual, se justificaba la necesidad de tomar medidas, por el aumento del número de accidentes y su elevada mortalidad, al mismo tiempo que, se aportaban las medidas técnicas y educativas, que se podían adoptar en los distintos tipos de accidente.

El citado texto, se entregó por la Asociación Española de Pediatría a las autoridades sanitarias.

Como señala Picañol³² al analizar las medidas preventivas en los accidentes infantiles, en la actualidad, sigue siendo válido el principio expuesto en el Seminario de la OMS de 1958 *“The prevention of accidents childhood”* donde se expuso que *“la prevención de accidentes se apoya en tres pilares fundamentales: la epidemiología, la legislación y la educación”*.

Manciaux³³, valorando las distintas estrategias a desarrollar ante la accidentalidad infantil, considera imprescindible, para cualquier acción preventiva, la recogida de datos.

El mejor conocimiento de la situación, a través del estudio epidemiológico, permitirá diseñar los objetivos más adecuados y llevar a cabo un programa preventivo real, cuya evaluación constituirá el último eslabón del proceso global.

Rivara y Wolf³⁴, al revisar la investigación epidemiológica sobre los accidentes infantiles, indican que ésta, no debe limitarse a los trabajos de epidemiología descriptiva y sugieren la importancia de los estudios epidemiológicos analíticos que *“buscan determinar si hay un mayor riesgo de una lesión dada una cierta característica en comparación con los que no la tienen”*.

Abad et al.³⁵, realizan una búsqueda de publicaciones, en la base de datos del Índice Médico Español (1974-84), sobre accidentes e intoxicaciones infantiles, con la finalidad de plantear futuras líneas de investigación, y encuentran que los trabajos sobre esta cuestión son escasos en nuestro país,

especialmente en los aspectos epidemiológicos y de prevención, desconociéndose los factores de riesgo en la población general.

Parece claro que, sin olvidar los estudios epidemiológicos de tipo descriptivo, que nos indican la frecuencia y gravedad de los accidentes infantiles, debemos orientar nuestros esfuerzos en la investigación epidemiológica de corte analítico, que nos permita la identificación de las características de alto riesgo, asociadas con relaciones casuales, proporcionando, los datos que nos permitan establecer estrategias adecuadas de prevención.

Con demasiada frecuencia, hemos observado, en este tipo de estudios, una terminología inadecuada, que dificulta la interpretación y comparación de resultados.

Kaufer et al.³⁶ recogen en un artículo, las recomendaciones de la conferencia celebrada en 1989, por el "*National Institute of Child Health and Human Development*", en la que se establecieron las definiciones "estandar" a utilizar en los estudios dedicados a las lesiones infantiles, con la esperanza de una mejora en la investigación, señalando una serie de variables clave, con probabilidades de ser utilizadas, por el mayor número de investigadores (edad, localización, factores sociales de riesgo, lesiones específicas, etc).

UNICEF, a través del informe Innocenti¹¹, manifiesta una escasez de investigaciones adecuadas, que permitan identificar, qué niños se encuentran sometidos a un mayor riesgo; ésta carencia de datos, pone en peligro cualquier programa de prevención de las lesiones infantiles.

La acción legislativa, tendrá como meta, la protección del niño frente al entorno que le rodea, estableciendo la normativa necesaria, que evite los riesgos a los que se encuentra expuesto el menor (seguridad en el hogar, productos tóxicos, juguetes, parques infantiles, seguridad en los vehículos a motor, guarderías, escuelas, piscinas, etc.).

Un conocimiento real del problema, una legislación adecuada, no servirá de mucho, sino se acompañan de una labor educativa que, en último término, puede modificar la conducta humana. Los programas educativos deben dirigirse, por un lado, al niño para que desarrolle una conducta de autodefensa ante el peligro de accidente y, por otro, a aquellos grupos sociales con responsabilidad en la labor preventiva (maestros, pediatras, arquitectos, fabricantes, etc.), sin olvidar campañas orientadas a la población general.

Los programas y acciones preventivas en ocasiones, son muy simples y eficaces, como en el caso de la prevención pasiva, basada en la tecnología y la modificación de los riesgos ambientales, la prevención se produce sin la intervención del individuo, con resultados inmediatos (diseño de ventanas, envases de productos tóxicos, termostatos para el agua doméstica, instalaciones eléctricas, ascensores, etc).

La prevención activa, de eficacia a más largo plazo, pretende modificar los hábitos de conducta mediante la información y la educación, con la finalidad de prevenir los accidentes (formación personal sanitario, seguridad infantil en la escuela, campañas medios de comunicación, etc.).

Merece una atención especial, el esfuerzo de las instituciones por desarrollar programas de divulgación y formación de determinados colectivos que, pueden llevar a cabo una gran labor, en la detección y resolución de situaciones, de maltrato y abuso sexual infantil en el ámbito sanitario²⁵, educativo³⁷ y policial³⁸.

El ambiente hospitalario, las consultas pediátricas o los Servicios de Urgencia, son en muchas ocasiones, el medio donde se puede detectar y prevenir el abuso infantil. El personal sanitario, interviene de forma directa sobre las lesiones del menor, pudiendo valorar la intencionalidad o accidentalidad de las mismas (cicatrices, lesiones múltiples, etc).

Los educadores, se convierten en observadores de excepción por el contacto cotidiano con los niños, permitiendo detectar comportamientos susceptibles de maltrato o abuso.

En el ámbito policial, el conocimiento y la identificación de señales propias del abuso infantil, por parte de todos los profesionales con responsabilidad sobre el menor, permitirá no sólo la detección, sino también la prevención de situaciones de riesgo.

En España, se utilizan dos fuentes de información para un mejor conocimiento de las lesiones infantiles:

El sistema EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) o Sistema Comunitario de Información sobre Accidentes en el Hogar y del Tiempo Libre.

De acuerdo con la Decisión 81/623/CEE de Consejo de 23 de Julio de 1981, la Comisión Europea y los distintos Estados miembros, llevaron a cabo una experiencia piloto, durante dos años y medio, que permitió recoger información sobre accidentes, fuera del marco de actividades profesionales y de la circulación por carretera, a través de datos de las salas de urgencia de los hospitales y de otras fuentes.

Más tarde, por Decisión 861/138/CEE de 23 de Abril de 1986, se estableció, por un período de cinco años, un proyecto que permitiera la creación de un sistema de información sobre los accidentes domésticos y de las actividades de ocio, en las que se vieran implicados productos de consumo.

El sistema, servía de aplicación a los accidentes originados en el hogar o en su entorno más próximo (jardines, garajes, patios), así como, en las actividades de ocio, deportivas o escolares, en las cuales se hubiera prestado asistencia médica. Quedaban excluidos los accidentes laborales, de tráfico, ferroviarios, marítimos o aéreos, también los que tenían que ver con enfermedades, autolesiones y violencia.

Así pues, los datos suministrados, permitían obtener información relacionada con la seguridad de los productos de consumo, características de la víctima y su entorno, en el momento del accidente. La información recogida, es considerada de gran importancia para el consumidor, sobre todo, desde el punto de vista de la prevención en materia de seguridad.

Nuestro país, se incorporó al Sistema EHLASS en 1986; la participación española se realizó, a través de la recogida de información en los Servicios de Urgencia de ocho hospitales, seleccionados por criterios de distribución, tanto geográfica como administrativa.

A partir de 1993, el programa fue recomendado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, al Instituto Nacional de Consumo, que coordina la política de protección al menor. La participación, a partir de este momento, se efectuó a través de encuestas domiciliarias, con la finalidad de disponer de datos sobre accidentes que requirieron asistencia médica no hospitalaria y, además, disponer de una muestra más representativa de la población española, evitando los sesgos derivados de la modalidad de hospitales.

El programa EHLASS, es de gran utilidad ya que, evalúa el impacto social de este tipo de accidentes en nuestro país y también, lleva a cabo un análisis sobre la seguridad de los productos, puestos a disposición de los consumidores y usuarios.

El otro medio de información, lo constituyen, las Encuestas Nacionales de Salud, que nos permiten conocer mejor, diferentes aspectos sobre la morbilidad de las lesiones accidentales; este conocimiento, se traducirá en el desarrollo de actividades preventivas adecuadas y en la consecución de hábitos de vida saludables. La última encuesta realizada corresponde a 1997.

Por Decisión 372/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 8 de Febrero de 1999, se aprobó el Programa de Acción Comunitaria relativo a la Prevención de las Lesiones, cuyo objetivo principal, es contribuir a las actividades en materia de salud pública, que tratan de reducir la incidencia de las lesiones, especialmente, las provocadas por accidentes domésticos o actividades de ocio.

El Programa de Acción Comunitaria, pretende promover, por un lado, el seguimiento epidemiológico de las lesiones mediante, la recogida de datos por el sistema EHLASS y, por otro, el intercambio de información, que permita establecer las prioridades y las mejores estrategias de prevención.

Por otra parte, la Alianza Europea sobre Seguridad Infantil, constituye una agrupación de distintas organizaciones dedicadas a la seguridad infantil, donde se encuentran representantes de cada estado miembro de la Unión Europea, así como, diversas organizaciones europeas afiliadas. Entre sus

funciones destacan, la promoción de avances legislativos en el ámbito europeo sobre seguridad infantil, la comunicación de la información sobre las causas que originan las lesiones y la elaboración de hojas informativas para la prevención de las lesiones infantiles.



1.4. EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

La Maternidad y el Hospital Infantil, del actual Hospital General Universitario de Alicante (anterior Residencia “20 de Noviembre”), comenzó a prestar servicio el 3 de Febrero de 1972 (Figura 1), con una capacidad de 396 plazas, 186 de ellas para maternidad y, 210 destinadas a niños de hasta 7 años de edad.

Transcurridos unos meses, la inauguración oficial se realizó el 5 de Julio del mismo año, por Don Licinio de la Fuente que, en aquellos momentos, ocupaba la cartera del Ministerio de Trabajo. La noticia fue primera página en los diarios locales (Figura 2).

Como relata el diario Información de Alicante³⁹, la nueva residencia, se ha levantado en terrenos inmediatos a la denominada “20 de Noviembre”, con una superficie de 20.239 metros cuadrados y siete plantas hospitalarias. Su coste ha sido de 170 millones de pesetas, más 30 millones que, supone el material instalado.

Tras la enumeración de los distintos servicios hospitalarios y los últimos avances tecnológicos, el citado diario, resalta, en páginas interiores, “la cigüeña se hizo esperar”, ya que, hasta las 14,55 horas del día que se puso en servicio, no vino al mundo el primer niño, un varón precioso de 4,500 Kg. También señala, la instalación de “un importante y novedoso sistema de cunas” que, por un mecanismo portátil, que la madre maneja a voluntad, permite que el niño permanezca o no junto a ella.

El Hospital Infantil, disponía de los Servicios de Neonatos (5ª planta derecha), Lactantes (7ª planta derecha), Pediatría (6ª planta derecha e izquierda), Consultas Externas (planta baja izquierda) y Urgencias Pediátricas (planta baja derecha). Además, se ubicaron en la 5ª planta, la U.C.I. de Neonatos y, en la 3ª planta, dos quirófanos de Cirugía Infantil.

INFORMACION
DIARIO DEL MOVIMIENTO EN ALCANTANA
 Quintana, 40
 Teléfonos: 211962 212226
 FRANQUEO CONCERTADO
 04/2

Caja de Ahorros del Sureste de España-Oficina
 LOS ANGELES
 ALICANTE

INFORMACION

ALICANTE

2705 — Apartado 21
 — CINCO PESETAS
 972

Edita Prensa del Movimiento
 Director: Jesús Prado Sánchez

Vendo ático
 Vistas al mar
 mucho sol
 c/ Orense, núm. 7
 Urbanización EL PARQUE
 Teléfono 220201
 ALICANTE

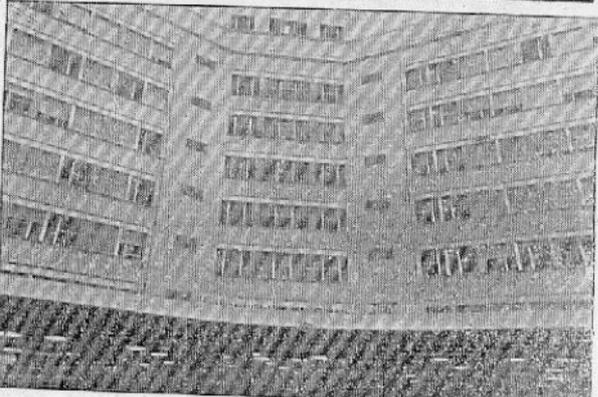
DO ESPAÑA-C.E.E.

FORMULAS SUCESIVAS
 es de Ullastres en Bruselas

La situación actual de la adaptación de la nueva comunidad de ideas y va a seguir tiempo todavía, por los adelantos que reposicion hoy por hoy, en la más pura fantasía. Esto es lo que declaró hoy, en Bruselas, el embajador de España ante la CEE, Albertc

(Continúa en página 14)

ALICANTE, NOTICIA: MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL DE LA S.S.

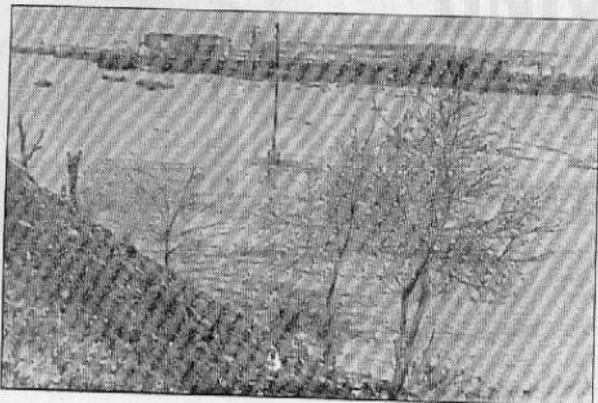


Con una capacidad para 396 plazas y un costo de 200 millones de pesetas fue puesta en servicio ayer la Maternidad y Hospital Infantil de la Seguridad Social de Alicante. (Foto ARJONES)

(Información en la página 7)

DESHIELO, RIADA

ALCALÁ DE HENARES.—He aquí el aspecto del río Henares a su paso por esta localidad, en la que se aprecia la espectacular crecida producida por el deshielo de estos días.— (Foto CIFRA GRAFICA).



- ◆ 32.418 accidentes laborales en la provincia (1971): 64 muertos
- ◆ En la Copa, Hércules-Betis y Elche-Burgos
- ◆ Alcoy: El plan de ordenación de la Font Roja se presentará al Ministerio de I. y T.
- ◆ Novelda: 30 millones para la Ciudad Deportiva

Figura 1. Reproducción Diario Información de Alicante. 4 Febrero 1972.

EL MINISTRO DE TRABAJO, EN ALICANTE

Inauguró nuevos servicios de la Residencia de la S. S. y el Hogar del Pensionista y en Alcoy la Residencia Sanitaria Virgen de los Lirios

también presidió un importante acto sindical

Procedente de Madrid y por vía aérea llegó ayer mañana a Alicante, el ministro de Trabajo, don Licio de la Fuente, a quien acompañaban el director general de la Seguridad Social, don Enrique de la Mata y el jefe de Protocolo del Ministerio de Trabajo, don José Perdigón.

El señor De la Fuente fue recibido en el aeropuerto internacional por las primeras autoridades alicantinas, entre ellas el gobernador civil interino, don Luis Romero Navarro; gobernador militar de la plaza, general don Antonio Talx Planas; alcalde de Alicante, don Ramón Muga; presidente de la Diputación, don Manuel Monzón y el jefe de Elche, don Vicente Quiles, así como otras personalidades.

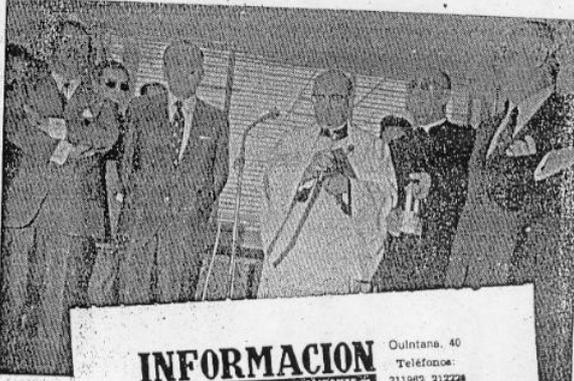
RECEPCIÓN EN EL AYUNTAMIENTO

En el salón de actos del Palacio municipal se celebró una recepción. En ella, el ministro de Trabajo fue complementado por las autoridades locales, la Corporación municipal en pleno así como por las instituciones ministeriales, organismos y entidades.

En primer lugar, el alcalde de Alicante, don Ramón Muga, pronunció unas palabras de bienvenida a la ciudad del señor De la Fuente dando lectura al acuerdo municipal de donación de terrenos para la construcción de un centro de promoción social en Alicante. El señor Muga hizo público su agradecimiento al Ministerio de Trabajo y a su titular por la atención recibida del Departamento.

Posteriormente, el Gobernador civil interino, don Luis Romero Navarro, hizo uso de la palabra, dando la bienvenida a la presencia del ministro de Trabajo.

(Continúa en pág. 3)



INFORMACION
DIARIO DEL MOVIMIENTO EN ALICANTE

Quintana, 40
Teléfono: 211962 212224

FRANQUEO CONCERTADO 04/2

En presencia

caja de Ahorros del Sureste de España-Oficina LOS ANGELES ALICANTE

Postal - 42-1958

INFORMACION
DIARIO DEL MOVIMIENTO

Posta Quintana, Apartado 214 — Franqueo concertado
Año XXXII - Núm. 159 - CINCO PESETAS
Jueves, 6 de julio de 1972

Director: Jesús Prado Sánchez



Ministro de Trabajo interesado por la sa...

París: Dimitió el Gobierno

Messmer, nuevo primer ministro espera formar gabinete en 48 horas

PARIS, 5. (EFE). — Al término del Consejo de Ministros, el presidente de la República recibió al primer ministro, quien le presentó la dimisión del Gobierno, dice un comunicado hecho público esta mañana para anunciar la dimisión de Jacques Chaban Delmas.

«El jefe del Estado ha aceptado esta dimisión y ha dado las gracias a Jacques Chaban Delmas por sus servicios durante tres años», concluyó el comunicado.

Figura 2. Reproducción Diario Información de Alicante.6 de Julio de 1972.

Años más tarde, como consecuencia del inicio del descenso de la natalidad en nuestro país, se realizó una previsión de las necesidades asistenciales en la población maternal e infantil, que determinó, en el año 1982, la inclusión de otras especialidades (Unidad de Rodilla, Oncología, Dermatología, Reumatología, etc), en el edificio materno-infantil, con el objeto de un mejor aprovechamiento del mismo.

El Hospital de Alicante, cuenta con múltiples Servicios que son de referencia provincial, entre los pediátricos citaremos, entre otros, U.C.I. de Neonatos y de Pediatría, Unidad de Quemados, Traumatología Infantil, Neurología Infantil, Cirugía Plástica, Oncología Infantil y Pruebas Diagnósticas con anestesia.

En el momento de realizar el presente estudio y, según consta en la Memoria 1998 del Hospital General Universitario y Centro de Especialidades de Babel⁴⁰, el Servicio de Urgencias Pediátricas estaba distribuido en:

- zona de primeros auxilios.
- 6 box de atención inmediata.
- 1 box de reanimación.

El personal sanitario que atiende el Servicio de Urgencias, durante 24 horas, esta compuesto por:

- 5 facultativos de presencia física (Pediatras, Médicos de Familia o Residentes de Pediatría).
- 2 Diplomados de Enfermería.
- 2 Auxiliares de Clínica.

Los costes, por día de estancia, derivados de la atención a niños en el Hospital Materno-Infantil, según datos actuales facilitados por el Departamento de Prestaciones del propio centro, son los siguientes:

- | | |
|---------------------------|---------------|
| - Asistencia en Urgencias | 149,83 euros. |
| - Cirugía Pediátrica: | 438,23 euros. |
| - Traumatología Infantil: | 438,23 euros. |
| - Neonatología: | 310,30 euros. |
| - Pediatría: | 310,30 euros. |

- Lactantes: 310,30 euros.

Hoy en día, como consecuencia de las obras realizadas en el Pabellón General y en el propio recinto hospitalario, el edificio del Hospital Materno-Infantil, ha sido totalmente remodelado y destinado, en su mayor parte, a Consultas Externas.

Los Servicios Pediátricos fueron distribuidos en el Pabellón General del Hospital.

La ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad⁴¹, define un modelo de sistema sanitario, basado en áreas de salud, como estructuras fundamentales, responsables de la gestión de los recursos necesarios, para atender las necesidades sanitarias de la población.

El Servicio Valenciano de Salud, por ley 8/1987 de 4 de Diciembre, de la Generalitat Valenciana, atribuye a la Consellería de Sanitat y Consum la delimitación de las áreas de salud y entidades integradas en las mismas.

Con el objeto de realizar la planificación sanitaria de la Comunidad Valenciana, la Orden de 6 de Junio de 1989 de la Consellería de Sanitat y Consum, creó la Comisión del Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana, con la función, entre otras, de delimitar las áreas y zonas de salud, mediante criterios geográficos, culturales, socio-económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, climatológicos, como también, de dotación de vías y medios de comunicación y de instalaciones sanitarias.

Así, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 15.2 de la ley de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de Diciembre, del Servicio Valenciano de Salud, la Orden de 27 de Diciembre de 1993 de la Consellería de Sanitat y Consum⁴², aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana.

El Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana, establece para la provincia de Alicante, ocho áreas de salud (Figura 3):

- Área de Salud 12. Total de habitantes: 110.128.
Dénia, Jalón, Lliber, Calpe, Orba, Benimeli, Murla, Parcent, Sagra, Pego, Adsudia, Vergel, Benisa, Alcalalí, Almunia, Sanet i Negrals, Vall de Laguart, La Llosa de Camacho,, Vall d'Ebo, Vall de Gallinera, Benitachel y Els Poblets.
- Área de Salud 14. Total de Habitantes: 133.144.
Alcoy, Bañeres, Beniloba, Alcolecha, Balones, Benasau, Benifallim, Benimasot, Fachaca, Famorca, Gorga, Beniarrés, Benillup, Benimarfull, Gayanes, La Vall d'Alcalá, Lorcha, Planes y Onil.
- Área de Salud 15. Total de habitantes: 106.652.
Alfaz del Pi, Altea, Benidorm, Callosa d'en Sarrià, Beniardá, Benimantell, Boluda, Confrides, Guadalest, Tárbená, La Nucía, Polop, Villajoyosa, Orxeta, Relleu y Sella.
- Área de Salud 16. Total de habitantes: 144.731.
Alicante, El Campello, Xixona, Torremanzanas, Mutxamel, Aigües, Tibi, Busot, San Juan y Santa Faz.
- Área de Salud 17. Total de Habitantes: 188.630.
Elda, Aspe, Bihar, Petrer, Sax, Villena, Benejama, Cañada, Monóvar, La Romana, Hondón de los Frailes, Campo de Mirra, Novelda, Pinoso, La Algueña, Hondón de la Nieves.
- Área de Salud 18. Total de Habitantes: 204.564.
Alicante, Agost, Moralet, Verdegás, Monforte del Cid, San Vicente del Raspeig, La Alcoraya y La Canyada.
- Área de Salud 19. Total de habitantes: 225.784.
Elche, Crevillente, Santa Pola e Isla de Tabarca.

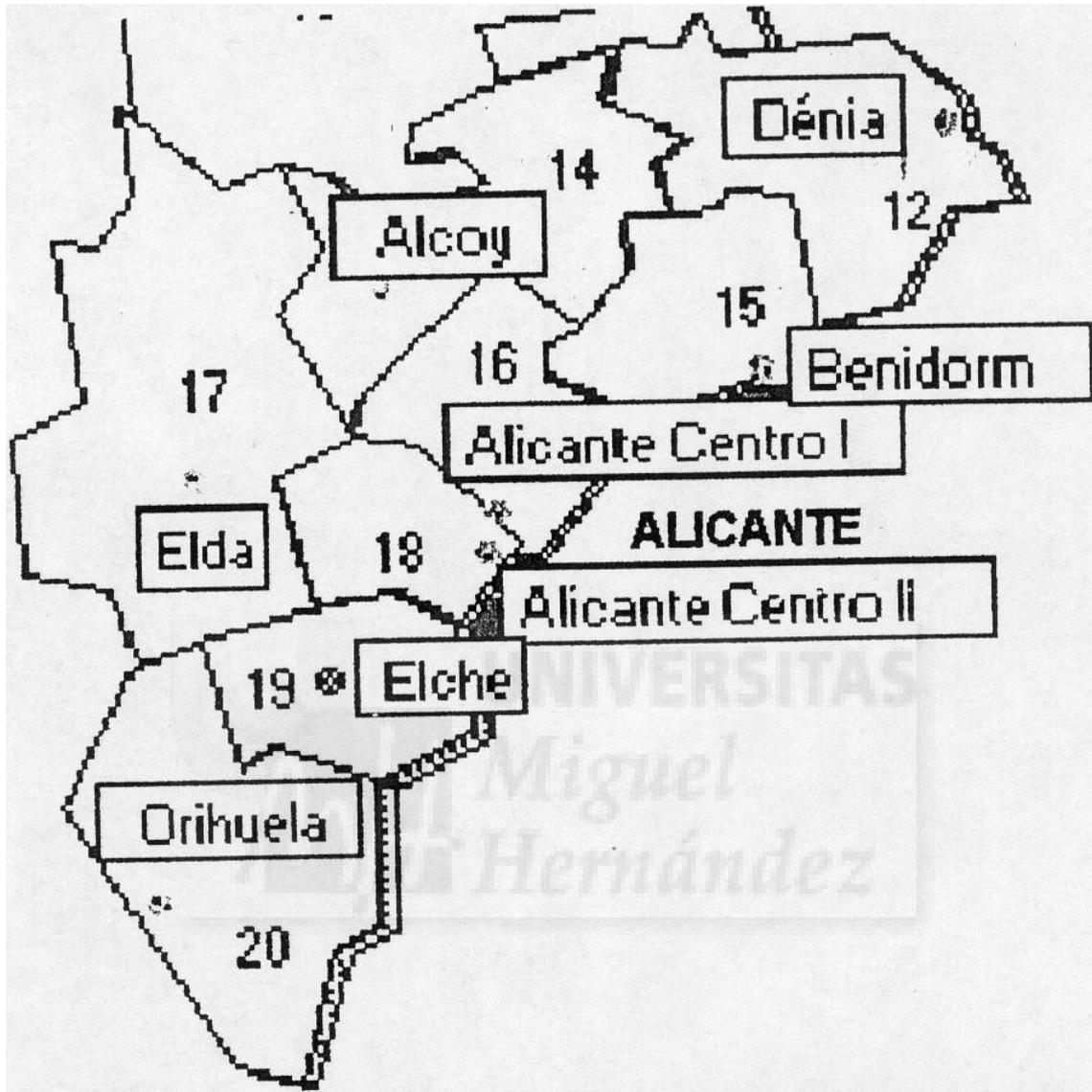


Figura 3. Áreas de Salud de la provincia de Alicante.

- Área de Salud 20. Total de habitantes: 178.950.
Orihuela, San Isidro, Almoradí, Algorfa, Redován, Dolores, Benijófar, Torrevieja, Daya Vieja, Albatera, Bigastro, Jacarilla, Cox, Rafal, Catral, Rojales, Benjuzar, Campoamor, Torremendo, Formentera del Segura, Los Montesinos, Callosa de Segura, Granja de Rocamora, Guardamar del Segura, San Fulgencio, San Miguel de Salinas y Pilar de la Horadada.

El ámbito de cobertura del Hospital General Universitario de Alicante, queda delimitado por la citada Orden de 27 de Diciembre de 1993, de la Conselleria de Sanitat i Consum, que establece, como población de referencia al Área 18 y Zona de Salud 01 del Área 17 (Aspe).

Así pues, como consta en la Memoria 1998³⁸, del Hospital General Universitario y Centro de Especialidades de Babel, la población de referencia, queda establecida de la siguiente forma:

Zona Salud	Localización Geográfica	Población 1991
1801	Alicante "Campoamor"	32.862
1802	Alicante "Babel"	23.327
1803	Alicante "Florida"	32.693
1804	Alicante "San Blas"	18.831
1805	Alicante "Los Angeles"	16.057
1806	Alicante "Lo Morant"	20.906
1807	Alicante "Ciudad Jardín"	20.318
1808	Agost	3.966
1809	Monforte del Cid	5.050
1810	San Vicente del Raspeig	30.554
1701	Aspe	19.366
1909	El Altet, Torrelano	6.230
TOTAL:		230.160

Tabla III. Población de referencia del Hospital de Alicante.

Así mismo, se atiende de forma irregular y en consecuencia difícil de cuantificar, a población residente en:

- Área 19: El Altet, Torrellano.
- Área 20: Torrevieja, los denominados “segregados” que obtuvieron en su momento autorización del Hnble. Conseller de Sanitat i Consum; también, se atiende población desplazada a Torrevieja, sobre todo durante la época estival, por instrucción de la Dirección Territorial de Alicante. Guardamar del Segura, al igual que Torrevieja, con un incremento de población desplazada durante el verano.

Según consta, en los datos publicados por el INE⁴³, el Padrón Municipal 1998 de Alicante, se encuentra formado por 272. 423 habitantes, de los cuales, 272.660 de población española y 4.772 extranjera.

La distribución, por grupos de edad, nos indica que entre 0 y 9 años, hay 13.455 niños del sexo masculino y 12.781 del sexo femenino, lo que representa un 9,6% de la población total; podemos estimar pues, que el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, atiende a una población cercana a los 23.000 niños.

Como apuntamos anteriormente, el citado Hospital cuenta con Servicios de especialidades pediátricas, que son de referencia provincial, debido a ello, acuden pacientes de toda la provincia, por lo que, es difícil realizar una valoración objetiva de la población infantil de referencia.

En la localidad de San Juan de Alicante, se halla ubicado el Hospital General Universitario de San Juan, que atiende al resto de la población de Alicante, así como, a la correspondiente al Área de Salud 16.

Como manifiestan Plaza⁴⁴ y Pou et al.⁴⁵, los Servicios hospitalarios de Urgencias Pediátricas, se ven sometidos a una gran presión asistencial, debido al elevado número de visitas que reciben, no siempre justificadas.

Según datos del propio centro, en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante y, a lo largo de los últimos cuatro años, se contabilizaron:

- 1995: 23.304 urgencias (9,4% de ingresos).
- 1996: 23.605 urgencias (8,5% de ingresos).
- 1997: 25.891 urgencias (7,4% de ingresos).
- 1998: 23.937 urgencias (5,7% de ingresos).



1.5. ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LA MEDICINA DE URGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA

Los Servicios de Urgencia pediátrica hospitalaria, generan una importante actividad asistencial, que supone un constante desafío para los distintos profesionales sanitarios que trabajan en los mismos.

Dos peculiaridades presentan estos servicios hospitalarios:

- la corta edad de los pacientes
- las situaciones de urgencia que se presentan y que requieren, habitualmente, una actuación sanitaria rápida

Ni los apoyos técnicos más avanzados, ni los fármacos más eficaces, ni la mayor competencia del médico, consiguen evitar la premura, el dramatismo y la ansiedad, tanto del niño como de los acompañantes, que genera este tipo de atención sanitaria.

Los rápidos avances de la medicina y el desarrollo de técnicas terapéuticas y de diagnóstico, han hecho cambiar el concepto de asistencia médica urgente. La medicina de urgencia, ha dejado de ser un deber moral para, convertirse hoy en día, en una mera cuestión de derecho.

Desde una perspectiva médico-legal, la actuación del personal sanitario en los Servicios de Urgencia Pediátrica hospitalaria, presenta unas características especiales, que se relaciona con:

- El aumento progresivo de asistencias a niños lesionados que se producen en los Servicios de Urgencia, la importancia de las lesiones y las secuelas que conllevan
- La amplitud y diversidad de causas que originan estas lesiones, desde el accidente de tráfico, en el hogar o en el parque de juegos, hasta el maltrato infantil o el abuso sexual
- La actuación del personal sanitario en los casos en que los padres o tutores manifiesten su negativa al ingreso o tratamiento prescrito.
- La intervención del personal sanitario como peritos ante el Juez.

- La exigencia de posibles responsabilidades profesionales.

La gran complejidad de estos servicios hospitalarios, en los que actúan diferentes profesionales sanitarios, plantea una problemática médico-legal específica, que por su importancia y trascendencia, creemos adecuado señalar. Trataremos, respecto a esta cuestión, los aspectos de mayor interés:

1. Parte de lesiones
2. Historia clínica e informe de alta
3. Información y consentimiento
4. Responsabilidad profesional

1.5.1. PARTE DE LESIONES

LESIÓN

El Código Penal, en su artículo 147, alude al concepto de “*lesión*”, como “todo menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental”⁴⁶.

Artículo 147 (Código Penal)

1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Desde el punto de vista médico-legal, se entiende por lesión “toda alteración anatómica o funcional, física o psíquica, producida de forma violenta, que finaliza con la curación completa o con el establecimiento de secuelas”.

PARTE DE LESIONES

El parte de lesiones, es un documento médico-legal, por medio del cual se comunica a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones⁴⁷.

La finalidad de este documento es que dicha Autoridad tenga conocimiento del hecho y de sus consecuencias (lesiones), a efecto de que pueda llevar a cabo la pertinente investigación y en su caso, adoptar las medidas oportunas con respecto al autor⁴⁸.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal⁴⁹, en sus artículos 262 y 335, hace referencia, a la obligación de informar a la justicia, por parte del médico, en los casos de lesiones.

Artículo 262 (Ley de Enjuiciamiento Criminal)

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el art.259, que se impondrá disciplinariamente.

Lo dispuesto en este art. se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes.

Artículo 355 (Ley de Enjuiciamiento Criminal)

Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos

que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.

Podemos deducir, que el médico, además de asistir al lesionado, realizar un diagnóstico y aplicar un tratamiento adecuado, actúa como garante o protector del bien jurídico en ese momento, es decir, de la salud del lesionado.

Así pues, el acto de dar parte al Juez instructor, se realizará en el caso de tener conocimiento de un hecho que consistiere en lesiones. Ahora bien, no significa que el médico tenga que comunicar a la justicia, todas las lesiones que atienda, sino, únicamente en los casos que puedan ser constitutivas de una conducta delictiva.

No existe uniformidad, en cuanto al modelo de parte judicial, aunque todos deben tener unas características comunes y adecuadas que, permitan identificar al lesionado, las lesiones producidas y, las circunstancias que las originaron.

Este documento constará de tres partes⁴⁸:

- 1) El preámbulo, donde consten los datos del médico.
- 2) El cuerpo, que debe contener:
 - a) Datos de identificación del paciente. Fecha y hora de llegada.
 - b) Descripción de la lesión que debe ser minuciosa: localización, extensión, morfología, afectación de órganos vitales y posible mecanismo lesivo, según lo refiera el paciente.
 - c) Asistencia prestada: juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y a donde ha sido remitido.
 - d)** Pronóstico *quo ad vitam* (riesgo que para la vida supone la lesión).
- 3) Se consignará el lugar y la fecha y será firmado por el médico.

La información suministrada por el parte de lesiones, resulta importante por dos motivos. Uno, el estrictamente asistencial (exploración, diagnóstico,

tratamiento) y, otro, el cumplimiento de un deber profesional, que tendrá una posterior trascendencia en el ámbito judicial⁵⁰.

En la mayoría de las ocasiones, el reconocimiento médico-forense tiene lugar transcurrido un tiempo más o menos prolongado, tras el cual puede ya no quedar ninguna lesión física y/o psíquica objetivable⁵¹ y, en consecuencia, el Médico Forense solo podrá basarse para su valoración en el parte de lesiones y, en su caso, en la Hoja de Urgencias, redactados en el momento de la asistencia médica en el Servicio de Urgencias.

1.5.2. HISTORIA CLÍNICA E INFORME DE ALTA

La historia clínica, no sólo constituye un elemento básico e indispensable en el proceso de asistencia sanitaria, sino también, un documento fundamental que permite valorar, en su caso, por la autoridad judicial, la responsabilidad profesional del médico⁵¹.

Es un documento médico-legal importante, ya que, ha pasado de ser una documentación asistencial, que permitía valorar los criterios médicos aplicados al paciente, a un documento con criterios médico-legales.

La Ley General de Sanidad⁴¹, se refiere a la historia clínica, en los artículos 10.11 y 61.

Artículo 10 (Ley General de Sanidad)

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.

Artículo 61(Ley General de Sanidad)

En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínica sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial.

Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.

Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

La Ley General de Sanidad, está presidida por el deseo de garantizar una prestación sanitaria respetuosa, con la dignidad de la persona y con la libertad individual, interesándose por los derechos de los pacientes, como pilar fundamental de la labor asistencial.

En esta línea, el Consejo de Europa, suscribió el 4 de Abril de 1997, el Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, el cual entró en vigor en España el 1 de Enero de 2000.

Dicho Convenio, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, estableciendo un marco común, para la protección de los derechos humanos y la dignidad de la persona, persiguiendo alcanzar una armonización de las distintas legislaciones existentes.

Se refiere explícitamente, a la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

Por todo ello, y al amparo de La Ley General de Sanidad, algunas Comunidades Autónomas, con capacidad legislativa en materia de sanidad interior, han promulgado leyes^{52,53}, que regulan los derechos de los pacientes en las instituciones sanitarias, en beneficio de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

Las circunstancias anteriores, aconsejaron una adaptación de la Ley General de Sanidad, con la finalidad de clarificar la situación jurídica y ofrecer, en el ámbito de la información y documentación clínicas, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado. Así, el 14 de Noviembre de 2002, se aprobó la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁵⁴.

Esta Ley, que será de aplicación a los seis meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E. nº 274, de 15 de Noviembre de 2002), y en su disposición derogatoria única, indica la derogación, entre otros, del apartado 11 del artículo 10 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La citada Ley 41/2002 establece, en su artículo 3, entre otras, las siguientes definiciones legales:

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, variaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

La Ley 41/2002, se refiere a la historia clínica en los artículos 14,15 y 17.

Artículo 14 (Ley básica reguladora)

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Artículo 15 (Ley básica reguladora)

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

1. *La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.*

Artículo 17 (Ley básica reguladora)

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, recientemente, se aprobó la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana⁵⁵. En su capítulo II, desarrolla el articulado referente a la Historia Clínica:

Artículo 21(Ley de Derechos e Información C.V.)

1. La historia clínica es el conjunto de documentos en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos asistenciales de paciente. La historia clínica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, acumulando toda la información generada en cada episodio asistencial.

4. *Las historias clínicas se pueden elaborar en soporte papel, audiovisual o informático, siempre que esté garantizada la autenticidad del contenido de las mismas y su reproducción futura. En cualquier caso, deben garantizarse que queden debidamente registrados todos los cambios e identificados los médicos y demás profesionales asistenciales que los han realizado. Se garantizará la confidencialidad de la información contenida en ella y se atenderá a lo dispuesto en la normativa vigente sobre tratamiento automatizado de datos de carácter personal.*

5. *En la historia clínica deberán ser claramente legibles, evitando, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que reglamentariamente se disponga. Cualquier información incorporada deberá ser fechada y firmada de forma que se identifique claramente la persona que la realiza.*

En las historias clínicas en las que participen más de un médico o un equipo asistencial, deberán constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

Artículo 22 (Ley de Derechos e Información C.V.)

2. *Para garantizar los usos de la historia clínica, especialmente el asistencial, se conservarán los documentos como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en el que el paciente haya sido atendido o desde su fallecimiento. Aquellos documentos especialmente relevantes se conservarán indefinidamente o por el tiempo que fije la normativa vigente al respecto. Las*

historias clínicas que sean prueba en un proceso judicial o procedimiento administrativo se conservarán hasta la finalización del mismo.

Artículo 24 (Ley de Derechos e Información C.V.)

1. Los profesionales asistenciales del centro implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo tendrán libre acceso a su historia clínica.

4. Podrá accederse a la historia clínica por requerimiento de la autoridad judicial.

7. Aquel personal que accede en el uso de sus competencias a cualquier clase de datos de la historia clínica queda sujeto al deber de guardar el secreto de los mismos.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial⁵⁶, así como, el Nuevo Código Deontológico Autónomo⁵⁷, hacen referencia a la historia clínica en el artículo 13.

Artículo 13 (Ética y Deontología)

1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por el transcurso del tiempo, podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda, deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. *Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar dicha sucesión, el archivo podrá ser destruido de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.*

4. *Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.*

5. *El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.*

6. *El médico está obligado a la solicitud y, en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.*

Por todo lo expuesto, es evidente, la obligación de cumplimentar la historia clínica en la asistencia médica, en sus diferentes modalidades y especialidades, incluyendo la Medicina de Urgencia.

En la asistencia médica de urgencia pediátrica, es difícil, en ocasiones, realizar una historia clínica detallada, dado el volumen de asistencias en momentos concretos, la amplitud y complejidad de las patologías, así como el amplio abanico de profesionales que intervienen. A pesar de ello, siempre es necesario que se haga constar la máxima información posible, ya que, no sólo supondrá una mayor calidad asistencial, sino que además, va a ser el

documento médico-legal básico de defensa del médico ante los jueces, como consecuencia de una posible demanda de responsabilidad profesional.

La mayoría de los niños asistidos en los Servicios de Urgencia Pediátrica, son diagnosticados y tratados en el propio servicio, por ello, toda la información de la asistencia, queda reflejada en la Hoja de Urgencias.

La historia clínica, entre otros documentos, debe contener, la *hoja de urgencias* y el *informe de alta*.

En la *hoja de urgencias*, debe constar lo siguiente:

- 1) Datos de identificación del paciente:
 - a) Nombre y apellidos.
 - b) Número de historia clínica y/o número de registro de urgencias.
 - c) Edad y fecha de nacimiento.
 - d) Sexo.
 - e) Domicilio actual y teléfono.
 - f) Datos del responsable y/o acompañante.
- 2) Datos relativos a la asistencia:
 - a) Unidad que realiza la asistencia.
 - b) Fecha y hora de entrada al servicio.
 - c) Motivo de la consulta.
 - d) Anamnesis.
 - e) Exploración física inicial.
 - f) Exámenes complementarios realizados.
 - g) Impresión diagnóstica.
 - h) Tratamiento administrado "in situ".
 - i) Tratamiento recomendado.
 - j) Destino.
 - k) Fecha y hora en que el paciente abandona el área de urgencias.
 - l) Firma del responsable y/o acompañante.
- 3) Datos de identificación profesional:

- a) Nombre y apellidos, nº de colegiado y firma del médico que realiza la asistencia en urgencias.
- b) Firma del personal de enfermería en tratamientos administrados.

El *informe de alta*, es un documento que pertenece a la propia historia clínica, y debe contener, un resumen de la asistencia realizada. En el momento del alta, dicho informe se entregará en mano al paciente o representante legal.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁵⁴, establece en su artículo 3, las definiciones legales:

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Artículo 20 (Ley básica reguladora)

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

La propia Ley 41/2002, indica en su Disposición transitoria única que “*El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley*”.

A este respecto, la citada Orden de 6 de septiembre de 1984, establece la obligatoriedad de elaborar un informe de alta, para pacientes atendidos en los establecimientos sanitarios, en aquellos casos que se haya producido al menos una estancia (la Orden establece como estancia, el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería a una comida principal).

La **Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana⁵⁵**, se refiere al informe de alta en su artículo 18.

Artículo 18 (Ley Derechos e Información C.V.)

Todo paciente o familiar o persona allegada en los términos establecidos en esta ley, al finalizar el proceso asistencial, tiene derecho a recibir un informe de alta con los siguientes contenidos mínimos: datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Las características, los requisitos y las condiciones de los informes de alta, se determinarán de forma reglamentaria por la Consellería de Sanidad.

En la práctica, la hoja de urgencias, constituye, asimismo, el informe de alta, si no ha habido hospitalización.

1.5.3. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

La Ley General de Sanidad⁴¹, y el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial⁵⁶, establecen el deber de informar al paciente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Asimismo, es un derecho del paciente, la libre elección entre las opciones terapéuticas que se le plantean.

Ambos textos, recomiendan la obtención del consentimiento preferentemente por escrito.

Artículo 10. (Ley General de Sanidad)

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.*
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.*
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.*

Artículo 10 (Código Ética y Deontología)

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.
2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.
3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.
4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico la proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.
5. Si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento por ser **menor de edad**, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.
6. La opinión del **menor** será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁵⁴, en relación con el derecho del paciente a la información sanitaria establece:

Artículo 4 (Ley básica reguladora)

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Y, sobre el titular del derecho a la información,

Artículo 5 (Ley básica reguladora)

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico,

la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El concepto de consentimiento informado, queda definido en el artículo 3 de la Ley 41/2002:

Consentimiento informado: *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.*

El capítulo VI, de la Ley 41/2002, sobre la autonomía y respeto del paciente, establece, en su articulado, las condiciones del consentimiento informado:

Artículo 8 (Ley básica reguladora)

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Artículo 9 (Ley básica reguladora)

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la

salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- c. Cuando el paciente **menor de edad** no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de **menores** no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, la Ley 1/2003 de Derechos e Información al Paciente⁵⁵, regula el derecho a la información y el consentimiento informado:

Artículo 6 (Ley de Derechos e Información C.V.)

1. Los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial; no obstante, deberá respetarse la voluntad del paciente si no desea ser informado.

3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el derecho de éste a ser informado. Los profesionales asistenciales que le atienden serán también responsables de facilitar la información que se derive específicamente de sus actuaciones.

Artículo 7 (Ley de Derechos e Información C.V.)

*3. En el caso de **menores**, se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres o tutores que podrán estar presentes durante el acto informativo a los menores.*

*Los **menores** emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información.*

Artículo 8 (Ley de Derechos e Información C.V.)

1. Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud.

2. El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente y deberá recabarse por el médico responsable de las mismas.

3. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 9 (Ley de derechos e información C.V.)

El consentimiento informado se otorgará por sustitución en los siguientes supuestos:

2. Cuando el paciente sea **menor de edad** o se trate de un incapacitado legalmente, el derecho corresponde a sus padres o representante legal, el cual deberá acreditar de forma clara e inequívoca, en virtud de la correspondiente sentencia de incapacitación y constitución de la tutela, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten a la persona menor o incapacitada por él tutelada. En el caso de **menores** emancipados, el menor deberá dar personalmente su consentimiento. No obstante, cuando se trate de un menor y, a juicio del médico responsable, éste tenga el suficiente

grado de madurez, se le facilitará también a él la información adecuada a su edad, formación y capacidad.

*3. Cuando la decisión del representante legal pueda presumirse contraria a los intereses del **menor** o incapacitado, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.*

Artículo 10 (Ley de Derechos e Información C.V.)

Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento las siguientes:

a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias.

b. Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares, personas allegadas o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias.

c. Ante una situación de urgencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento.

En ocasiones, en los Servicios de Urgencias Pediátricas, los padres de los menores se niegan a que se administren a sus hijos determinados tratamientos médicos, fundamentalmente, por creencias religiosas.

Recientemente, el Pleno del Tribunal Constitucional, emitió una sentencia (TCS 154/2002), anulando la decisión del Tribunal Supremo (dictada en dos sentencias de 27 de Junio de 1997, ambas con el núm. 950/1997) en la que se condenó a los padres de un menor, de 13 años, muerto a causa de la tardía realización de una transfusión de sangre, a la que se habían opuesto por motivos religiosos tanto los padres como el menor, como autores de un delito de homicidio por omisión.

Al comentar esta sentencia, Santos⁵⁸ resalta la importancia de que los menores, tengan la posibilidad de ejercer, por sí mismos, sus derechos fundamentales, otorgando el consentimiento al tratamiento propuesto por los facultativos, si poseen para ello el suficiente grado de entendimiento y madurez.

La Ley 41/2002, considera que corresponde al médico, que atiende al menor, valorar la capacidad del paciente.

En la práctica, no es frecuente que una negativa al tratamiento, por parte de los padres, pueda poner en peligro la vida o la salud de los menores que no tienen la suficiente capacidad para dar el consentimiento, ya que lo habitual en estas situaciones, es que los médicos soliciten la autorización necesaria a la autoridad judicial.

En estos casos, deberá prevalecer la protección clínica del menor. Por lo tanto, si la situación es de urgencia y riesgo vital, el médico le aplicará el tratamiento adecuado¹⁷.

El siguiente cuadro, recoge, los aspectos médico-legales de interés, de la legislación comentada, referentes a la información y al consentimiento en el ámbito del menor.

INFORMACIÓN AL MENOR	
Ley General de Sanidad	No hace referencia al menor
Código Ética Deontología	No hace referencia al menor
Ley 41/2002, básica reguladora	No hace referencia al menor Si carece de capacidad de entender la información → persona vinculada o familia
Ley 1/2003 Comunidad Valenciana	Sí hace referencia al menor Información según grado madurez Si >12 años siempre Si >16 años, titular de la información

CONSENTIMIENTO DEL MENOR	
Ley General Sanidad	No hace referencia al menor Si no está capacitado para tomar decisiones → familiares o allegados
Código Ética Deontología	Sí hace referencia al menor Lo otorga la familia. Se tiene en cuenta la opinión del menor
Ley 41/2002, básica reguladora	Sí hace referencia al menor Lo otorga el representante legal Si > 12 años, representante legal tras escuchar su opinión Si > 16 años, el menor
Ley 1/2003 Comunidad Valenciana	Sí hace referencia al menor Lo otorga padres/representante legal Grado madurez, información al menor Emancipados, el menor

En relación con aquellos pacientes que se niegan a aceptar el tratamiento propuesto por el médico, la Ley 41/2002, dice:

Artículo 21 (Ley básica reguladora)

1. *En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.*

2. *En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.*

Y, la Ley 1/2003 de la Generalitat Valenciana:

Artículo 19 (Ley de Derechos e Información C.V.)

1. *Los pacientes o, en su caso, personas que pueden recibir el informe de alta, estarán obligados a firmar el alta cuando no acepten el tratamiento prescrito; de negarse a ello, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar el alta forzosa.*

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar a un alta forzosa cuando haya tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo y el paciente acepte recibirlos. Todas estas circunstancias serán y quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que no se aceptara el alta forzosa, la dirección del centro, una vez comprobado el informe clínico correspondiente, deberá oír al paciente, y si persiste en su negativa lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

1.5.4. Responsabilidad profesional

Las asistencias médicas que se realizan en los Servicios de Urgencia, presentan características que las diferencian de las que se realizan en el régimen normal hospitalario o los Centros de Salud. La finalidad de la asistencia, es la inmediata atención al paciente, su tratamiento y, si procede, su ingreso en el centro hospitalario.

La necesaria rapidez en la asistencia, la celeridad en la toma de decisiones, sobre todo en niños con lesiones graves, puede provocar errores en estos actos médicos; a pesar de ello, no son frecuentes las demandas por malpraxis en los Servicios de Urgencias Pediátricas.

Así, en un estudio realizado en Cataluña, durante el período 1986-95, por Comas et al.⁵⁹ sobre un total de treinta millones de asistencias pediátricas de urgencia, se indica una incidencia de demandas de 1/600.000; se contabilizaron 49 denuncias, sólo en 9 de ellas (18%), hubo sentencia condenatoria para el médico.

Las características especiales de los Servicios de Urgencia, hacen recomendable el seguimiento, por parte de los facultativos, de pautas y protocolos validados por la comunidad médica, lo que permitirá un importante respaldo profesional al médico ante la Justicia.

Aunque, como en el resto de actos médicos, la actuación profesional debe regirse por la *lex artis ad hoc*, que es la que se toma en consideración respecto del caso concreto en que se produce la actuación médica y las

circunstancias en que la misma se desarrolla y tiene lugar, así como respecto de las incidencias inseparables en el normal actuar profesional⁶⁰.



2. OBJETIVOS

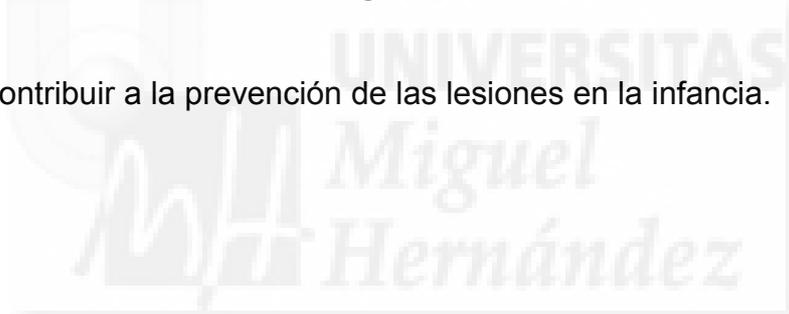




2. OBJETIVOS

Los principales objetivos que se plantean al realizar este trabajo son:

1. Estudiar las urgencias de interés médico-legal en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, en niños de edad entre 0 y 7 años, asistidos durante 1998.
2. Verificar las distintas etiologías que causan lesiones en la población infantil.
3. Conocer, de manera pormenorizada, las variables que han podido influir en la génesis de las lesiones en niños.
4. Relacionar las lesiones producidas y las causas que las motivaron, con el fin de obtener conclusiones válidas.
5. Establecer factores de riesgo en las lesiones infantiles.
6. Contribuir a la prevención de las lesiones en la infancia.





3. MATERIAL Y MÉTODO



3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. MATERIAL

3.1.1. FUENTES UTILIZADAS

Se estudian las lesiones sufridas por niños, con edades comprendidas entre 0 y 7 años, atendidas en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, durante el año mil novecientos noventa y ocho.

Los datos recogidos se han obtenido, del Archivo Central de Historias Clínicas de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital General Universitario de Alicante, examinando la copia archivada de la Hoja de Urgencia (Figura 4), cumplimentada por el propio Servicio de Urgencias Pediátricas, en donde constan tres tipos de datos:

a) Datos de identificación del paciente:

- Apellidos y Nombre.
- Lugar de nacimiento. Fecha.
- Edad. Sexo.
- Domicilio. Ciudad. Provincia. País.
- Teléfono. Distrito.

b) Datos relacionados con la asistencia:

- Núm. Registro. Unidad asistencia.
- Fecha. Hora.
- Motivo.
- Anamnesis. Exploración. Tratamiento administrado.
- Impresión diagnóstica.
- Tratamiento recomendado a seguir.

c) Datos de salida:

- Destino
- Fecha. Hora.
- Firma del Médico. Unidad de asistencia.

También utilizamos como fuente de información, la copia de los Partes de Lesiones (Figuras 5 y 6), emitidos por el facultativo a la Autoridad Judicial correspondiente, durante el citado año, archivados en la Unidad de Documentación Clínica y Admisión y, en donde consta:

- Fecha y hora de la asistencia.
- Identificación del lesionado.
- Diagnóstico clínico.
- Pronóstico.
- Lugar del suceso.
- Causa de las lesiones.
- Firma del médico.

En aquellos casos, en los que fue necesario, tras la asistencia en el Servicio de Urgencias, el ingreso hospitalario del niño lesionado, se ha utilizado la información contenida en los propios archivos informatizados de la citada Unidad de Documentación Clínica y Admisión.

3.2. MÉTODO

3.2.1. RECOGIDA DE DATOS

El presente trabajo de investigación, constituye un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, en el que se analizan las lesiones infantiles, sus causas, incidencia, factores de riesgo y otras características de importancia.

En la Memoria 1.998, del Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Babel y, en su capítulo III de la Actividad Asistencial, se recogen los siguientes datos⁴⁰:

- Número de Urgencias asistidas:		123.409.
- Urgencias General:		89.392.
- Urgencias Maternal:		10.080.
- Urgencias Infantil:		23.937.
- Número de ingresos:	16.141.	3,08%.
- General:		2,48%.
- Maternal:		1,24%.
- Infantil:		5,75%.
- Partes Judiciales:	7.568.	
- Historias clínicas solicitadas por Autoridad Judicial:	159.	

Los datos de la presente investigación, han sido obtenidos al revisar las copias de las Hojas de Urgencia, que se encontraban en el Archivo Central de Historias Clínicas de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión, del año 1998, localizándose un total de 22.241 Hojas de Urgencia, correspondientes a asistencias realizadas en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

De las Hojas de Urgencia Pediátrica, se desecharon aquellas cuyo motivo de asistencia constaba como “enfermedad común”, cuyo número ascendió a 18.133, mientras que las restantes, objeto del presente estudio, fueron 4.108 asistencias, motivadas por accidente casual, accidente de tráfico, agresión, abuso sexual, intoxicación, quemadura, etc.

Posteriormente, se revisaron los Partes de Lesiones emitidos por los facultativos del Hospital durante el año 1.998 y, se localizaron 126 Partes Judiciales que, correspondían a niños lesionados entre 0 y 7 años.

Una vez identificadas las Hojas de Urgencia y los Partes de Lesiones, se procedió a extraer, de los mismos, aquellos datos significativos:

- Datos de identificación del lesionado.

- Datos cronológicos.
- Datos relativos a la etiología de la lesión.
- Datos de la lesión.

y, para ello, se confeccionó una plantilla, conteniendo las distintas variables objeto del presente trabajo de investigación.

Para catalogar las distintas lesiones infantiles se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9: Lesiones y envenenamientos (800-999), y su sección E, para codificar los agentes causales⁶¹.

Una vez recogidos los datos, ordenados y clasificados, se incluyeron en una base de datos, creada para tal fin.

3.2.2. CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Las distintas variables, han sido codificadas de forma correlativa, tanto si se trataba de variables cuantitativas o cualitativas.

1. Fecha de nacimiento

2. Sexo

1. Niño.
2. Niña.

3. Edad

La edad se ha desdoblado en dos variables, al considerar aspectos bien distintos. En primer lugar, los servicios pediátricos hospitalarios y, en segundo lugar, la facilidad a la hora de determinar las características de las lesiones y establecer los factores de riesgo, en las distintas etapas del desarrollo infantil.

3.1. Edad

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. Menores de 1 año. | 5. 4 años. |
| 2. 1 año. | 6. 5 años. |

- | | | | |
|----|---------|----|---------|
| 3. | 2 años. | 7. | 6 años. |
| 4. | 3 años. | 8. | 7 años. |

3.2. Grupo de edad

- | | | | |
|----|----------------|-----|---------|
| 1. | Hasta 30 días. | 7. | 3 años. |
| 2. | 1-6 meses. | 8. | 4 años. |
| 3. | 7-12 meses. | 9. | 5 años. |
| 4. | 13-18 meses. | 10. | 6 años. |
| 5. | 19-24 meses. | 11. | 7 años. |
| 6. | 2 años. | | |

La categoría 1 corresponde a Neonatos. Las categorías 2, 3 y 4, se incluyen en Lactantes; 5,6 y 7, en edad Preescolar y, 8, 9, 10 y 11 en edad Escolar.

4. País de origen

1. Español.
2. Extranjero.
3. No consta.

5. Provincia de residencia

1. Provincia de Alicante.
2. Resto de provincias del Estado Español.
3. Fuera de España.
4. No consta.

6. Distrito sanitario de la provincia de Alicante

1. Área de salud 18.
2. Área de salud 16.
3. Otras áreas de salud.
4. No consta.

7. Fecha de la asistencia

Desde 1 de Enero a 31 de Diciembre.

8. Mes

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Enero. | 7. Julio. |
| 2. Febrero. | 8. Agosto. |
| 3. Marzo. | 9. Septiembre. |
| 4. Abril. | 10. Octubre. |
| 5. Mayo. | 11. Noviembre. |
| 6. Junio. | 12. Diciembre. |

9. Día de la semana

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. Lunes. | 5. Viernes. |
| 2. Martes. | 6. Sábado. |
| 3. Miércoles. | 7. Domingo. |
| 4. Jueves. | |

10. Día Laborable/Festivo

1. Laborable.
2. Festivo.

11. Hora de la asistencia

0 a 24 horas.

12. Hora de la asistencia (intervalos)

1. 00:00 a 07:59 horas.
2. 08:00 a 15:59 horas.
3. 16:00 a 23:59 horas.

13. Etiología de la lesión

1. Accidente casual.
2. Accidente de tráfico.
3. Producida por animales.
4. Agresión.
5. Malos tratos.

6. Abuso sexual.
7. Otras.

En la categoría “otras”, se incluye un caso de síndrome de abstinencia por drogadicción de la madre y otro, cuyo motivo de asistencia en la Hoja de Urgencia, consta como “otras causas”.

14. Accidentes casuales

1. Caída.
2. Golpe con objeto/persona.
3. Cuerpo extraño.
4. Envenenamiento/Intoxicación.
5. Aprisionado entre objetos.
6. Instrumento cortante/punzante.
7. Sustancia caliente/vapor.
8. Otros.
9. No consta.

15. Accidentes de Tráfico

1. Atropello.
2. Automóvil.
3. Motocicleta.
4. No consta.

16. Lesiones causadas por animales

1. Picadura.
2. Mordedura perro.
3. Mordedura gato.
4. Otros.
5. No consta.

17. Diagnóstico clínico

1. Traumatismo único.
2. Traumatismo múltiple.
3. Intoxicación.
4. Cuerpo extraño.

5. Quemadura.
6. Picadura.
7. Otros.
8. Sin lesiones.
9. No consta.

En la categoría “otros” , se incluyen seis casos de ahogamiento, tres de obstrucción respiratoria y, dos con reacción urticarial por procesionaria.

18. Tipo de traumatismo único

1. T.C.E.
2. Fractura.
3. Esguince-Torcedura.
4. Luxación (incluye pronación dolorosa).
5. Contusión.
6. Herida.
7. Aplastamiento.
8. Otros
9. No consta.

19. Agente causante de intoxicación

1. Uso doméstico.
2. Fármaco.
3. Industrial.
4. Insecticida.
5. Otros.

En la categoría “otros”, se incluyen tres casos de intoxicación por inhalación de humo; un caso por monóxido de carbono y, uno por drogas.

20. Localización del cuerpo extraño

1. Respiratorio.
2. Digestivo.
3. Ojos.
4. Oídos.
5. Genitales.
6. Otros.

7. No consta.

21. Tipo de cuerpo extraño

21. Moneda.
22. Orgánico.
23. Espina.
24. Metálico.
25. No metálico.
26. Plástico.
27. Otros.

La categorización de esta variable, se establece de acuerdo con la frecuencia en la presentación de cuerpos extraños y los trabajos de investigación precedentes.

22. Mecanismo accidental de la quemadura

1. Escaldadura.
2. Contacto.
3. Descarga eléctrica.
4. Incendio.
5. Radiación solar.
6. Cigarrillo
7. Pólvora.
8. No consta.

23. Profundidad de la quemadura

1. Primer grado (Eritema).
2. Segundo grado (Ampollas, pérdida epidérmica).
3. Tercer grado (Pérdida del grosor total de la piel).
4. Grado no especificado.

24. Porcentaje de la superficie corporal quemada

1. Menor 10%.
2. 11-20%.
3. 21-40%.
4. 41-70%.

5. Mayor 71%.
6. No especificado.

25. Agente causante de la picadura

1. Insecto.
2. Medusa.
3. Araña.
4. No especificado.

26. Mecanismo causante de asfixia

1. Sumersión.
2. Obstrucción alimento.

27. Localización de la lesión

1. Cabeza.
2. Tronco.
3. Miembro superior.
4. Miembro inferior.
5. Lesiones múltiples.
6. No consta.

En la cabeza, se incluye el cuello. En el miembro superior, se incluye la clavícula. La categoría "lesiones múltiples", corresponde a más de una parte del cuerpo lesionada.

28. Destino

1. Domicilio.
2. Ingreso hospital.
3. Fugado.
1. Exitus.

29. Días de estancia hospitalaria

Sólo en niños lesionados ingresados en el hospital

30. Parte de lesiones

30.1 . Sexo

1. Niño.

2. Niña.

30.2 . Edad

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. Menores de 1 año. | 5. 4 años. |
| 2. 1 año. | 6. 5 años. |
| 3. 2 años. | 7. 6 años. |
| 4. 3 años. | 8. 7 años. |

30.3 .Etiología

1. Accidente casual.
2. Accidente de tráfico.
3. Agresión.
4. Malos tratos.
5. Abuso sexual.
6. No consta.

30.3 . Diagnóstico clínico

1. Fractura.
2. Esguince torcedura.
3. Contusión.
4. Herida.
5. Erosión.
6. Traumatismo sin especificar.
7. Quemadura.
8. Intoxicación.
9. Sin lesiones.

30.4 . Localización de la lesión

1. Cabeza.
2. Tronco.
3. Miembro superior.
4. Miembro inferior.
5. Lesiones múltiples.
6. No consta.

30.5 . Pronóstico

1. Leve.
2. Reservado.
3. Menos grave.
4. Grave.
5. No consta.

3.2.3. ESTUDIO ESTADÍSTICO

El estudio estadístico de una población o muestra, nos permite describir y analizar sus características, deduciendo de esa descripción, conclusiones sobre su estructura y composición y sobre las relaciones existentes con otros colectivos, con los cuales se compara.

Por otra parte, basándose en los resultados obtenidos del análisis de la muestra, induce o estima las leyes generales de comportamiento de la población.

El tratamiento estadístico de las lesiones infantiles, constituye una técnica general que, nos permite conocer una serie de características propias, como sus causas, número de niños lesionados, lesión más frecuente, zonas del cuerpo más expuestas y, otras circunstancias que nos facilitan un mejor conocimiento de las mismas.

Una vez recogidos los datos, ordenados y clasificados, se han realizado tablas resúmenes, análisis de frecuencias, estadísticos descriptivos, tablas de contingencia y las pruebas no paramétricas en su caso.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las variables seleccionadas, a través de las frecuencias de distribución y porcentajes de cada una de ellas, utilizando la prueba χ^2 , para tratar de establecer, si existe dependencia estadísticamente significativa entre algunas de ellas, a un nivel de significación de 0.05.

Como norma general, para establecer la dependencia entre variables no debida al azar, se aplicará el criterio de que ninguna frecuencia sea menor de 1, y no más del 20% de las frecuencias esperadas, será menor de 5. En estos casos, no figurará en la tabla de contingencia, el valor de χ^2 .

El soporte informático utilizado en el presente estudio ha sido:

Base de datos: Dbase IV Plus.

Paquete estadístico: SPSS 10.0.

Gráficos: Power Point 2000.



**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI D'ALACANT
Y CENTRE D'ESPECIALITATS BABEL**

C/. Maestro Alonso, 109
03120 ALICANTE

**FULL D'URGÈNCIES
HOJA DE URGENCIAS**

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM

IDENTIFICACIÓ DEL PACIENT / IDENTIFICACION DEL PACIENTE NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE
DNI
NASCUT A / NACIDO EN
TAS
ADREÇA / DOMICILIO
CIUTAT / CIUDAD
TELEFON / TELEFONO

NOM DEL PARE / NOMBRE DEL PADRE
NUM. S.S.
CODI POSTAL / COD. POSTAL
TELEFON DE CONTACTE / TELEFONO CONTACTO

DATA / FECHA
FINANÇAMENT / FINANCIACION

NOM DE LA MARE / NOMBRE DE LA MADRE
EDAD / EDAD
DISTRICTE / DISTRITO

SEXE / SEXO
PAIS

DADES RELACIONADES AMB L'ASSISTÈNCIA / DATOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA

NUM. REGISTRE / NUM. REGISTRO
U. ASSISTÈNCIA / U. ASISTENCIA
MOTIU / MOTIVO

DATA / FECHA
ENVIAT PER / REMITIDO POR
HORA

ANAMNESI / EXPLORACIONS / TRACTAMENT ADMINISTRAT
ANAMNESIS / EXPLORACIONES / TRATAMIENTO ADMINISTRADO

IMPRESSIÓ DIAGNÒSTICA / IMPRESION DIAGNOSTICA

TRACTAMENT RECOMANAT A SEGUIR / TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR

UNIVERSITAT Miguel Hernández

DADES D'EIXIDA / DATOS DE SALIDA

DESTINACIÓ / DESTINO

DOMICILI / DOMICILIO
EXITUS
METGE DE CAPçalERA / MED. CABECERA
ALTA VOLUNTARIA

CODI / CODIGO

METGE / MEDICO
U. ASSISTÈNCIA / U. ASISTENCIA

FIRMA

PAS A HOSPITAL - SERVEI / PASO A HOSPITAL - SERVICIO
CONS. EXTERN - CONSULTA / CONS. EXTERNAS - CONSULTA
TRASLLAT A ALTRE HOSPITAL / TRASLADADO A OTRO HOSPITAL
FUGAT / FUGADO

DATA / FECHA
HORA

HE REBUT. / RECIBI:

Figura 4. Hoja de Urgencias.

N. Registro Urgencia.....

N. Historia Clínica.....

DATOS LESIONADO

Nombre.....

Sexo.....

Fecha Nacimiento/...../.....

D.N.I.....

Provincia nacimiento.....

Telf.....

Domicilio.....

Provincia.....

Población.....

A las horas del día ha sido asistido en esta institución el paciente arriba mencionado y tras el reconocimiento practicado se ha apreciado..... lo que se considera de pronóstico

Según manifestaciones suceso ocurrido en :

Observaciones:

y la causa de las lesiones sufridas fue

siendo su destino

Lo que practicado a V.I. para su constancia y efectos.

Alicante

Fdo..... N. Colegiado.....

Ilmo Sr. Juez Juzgado de la Instancia e Instrucción de Alicante.

Figura 5. Reproducción del Parte de lesiones.

HOSPITAL

Libro..... H. Clínica
 Registro Folio.....
 Enfermos Num..... Num

PARTE JUDICIAL

A las horas del día ha sido asistido en esta
 institución D..... que según nos manifiesta, es
 natural de Provincia de de años
 de edad, de estado, profesión..... domiciliado
 en calle nº piso
 y tras el reconocimiento practicado se ha
 apreciado
 lo que se considera de
 pronóstico salvo complicación.

Según manifestaciones el suceso ocurrió en y
 la causa de las lesiones sufridas fue

(Aclárese si la causa fue accidente fortuito, de trabajo, agresión, intoxicación,
 aborto sospechoso, etc).

Lo que participo a Vd. Para su conocimiento y efectos judiciales
 procedentes.

.....
 El Médico de Guardia

Figura 6. Reproducción del Parte de lesiones.

4. RESULTADOS



4. RESULTADOS

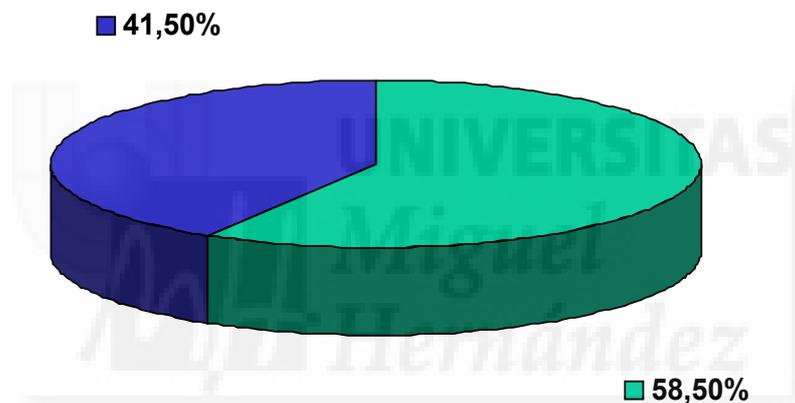
4.1. TABLAS SIMPLES

4.1.1. Sexo (Gráfico 1)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	2405	58,5%
Niñas	1703	41,5%
Total	4108	100%

Sexo

■ Niños ■ Niñas



N=4108

GRÁFICO 1

4.1.2. Edad (Gráfico 2)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	312	7,6%
1 año	799	19,4%
2 años	694	16,9%
3 años	580	14,1%
4 años	501	12,2%
5 años	469	11,4%
6 años	418	10,2%
7 años	335	8,2%
Total	4108	100%

4.1.3. Grupo de edad (Gráfico 3)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	7	0,2%
Lactantes	696	16,9%
Preescolar	1682	40,9%
Escolar	1723	42,0%
Total	4108	100%

Edad

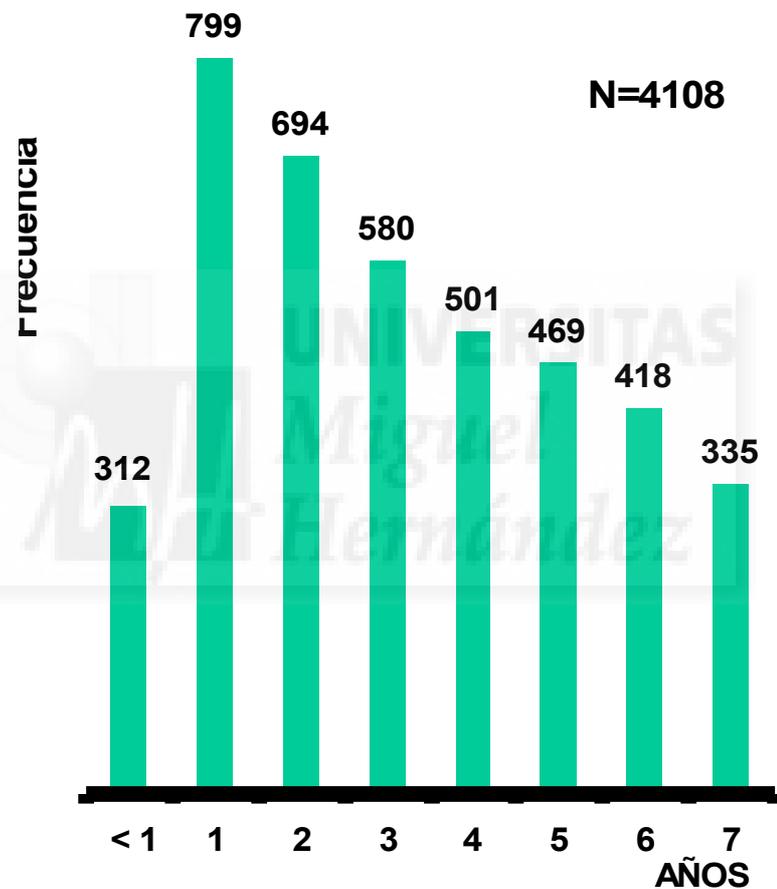


GRÁFICO 2

Grupo de edad

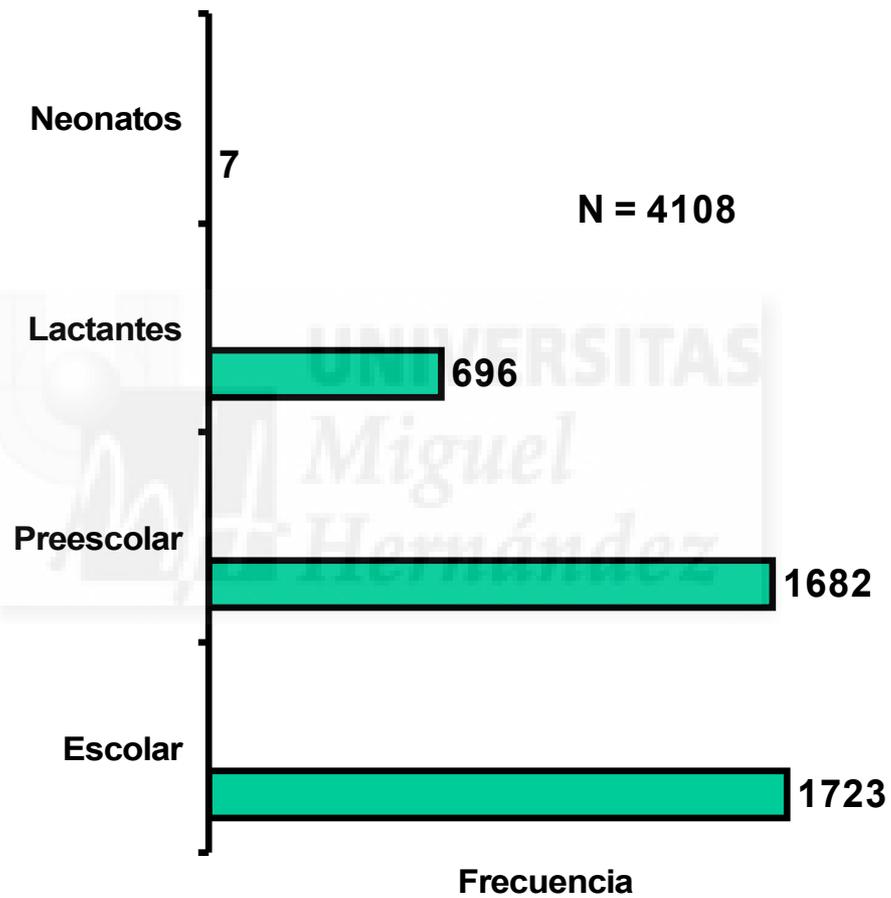


GRÁFICO 3

4.1.4. País de origen

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
España	4091	99,6%
Otro país	17	0,4%
Total	4108	100%

4.1.5. Residencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	3957	96,7 %
Otras Provincias	131	3,2%
No consta	3	0,1%
Total	4091	100%

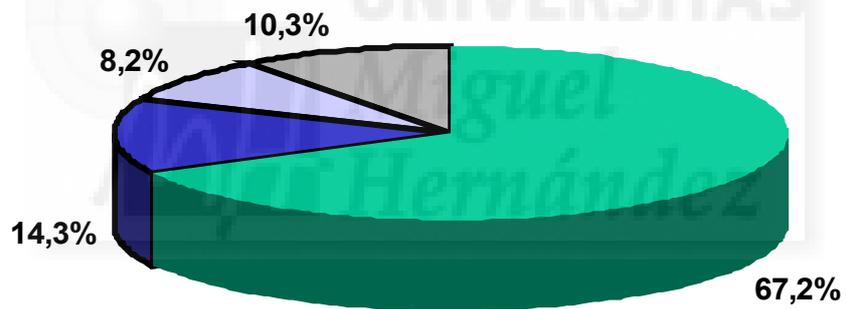
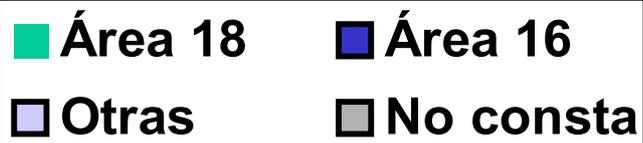
4.1.6. Área de salud de la Provincia de Alicante (Gráfico 4)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	-------------------	-------------------

Área 18	2660	67,2%
Área 16	564	14,3%
Otras	326	8,2%
No consta	407	10,3%
Total	3957	100%



Área de Salud



N=3957

GRÁFICO 4

4.1.7. Mes (Gráfico 5)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	256	6,2%
Febrero	257	6,3%
Marzo	333	8,1%
Abril	346	8,4%
Mayo	394	9,6%
Junio	356	8,7%
Julio	388	9,4%
Agosto	449	10,9%
Septiembre	405	9,9%
Octubre	344	8,4%
Noviembre	330	8,0%
Diciembre	250	6,1%
Total	4108	100%

Mes

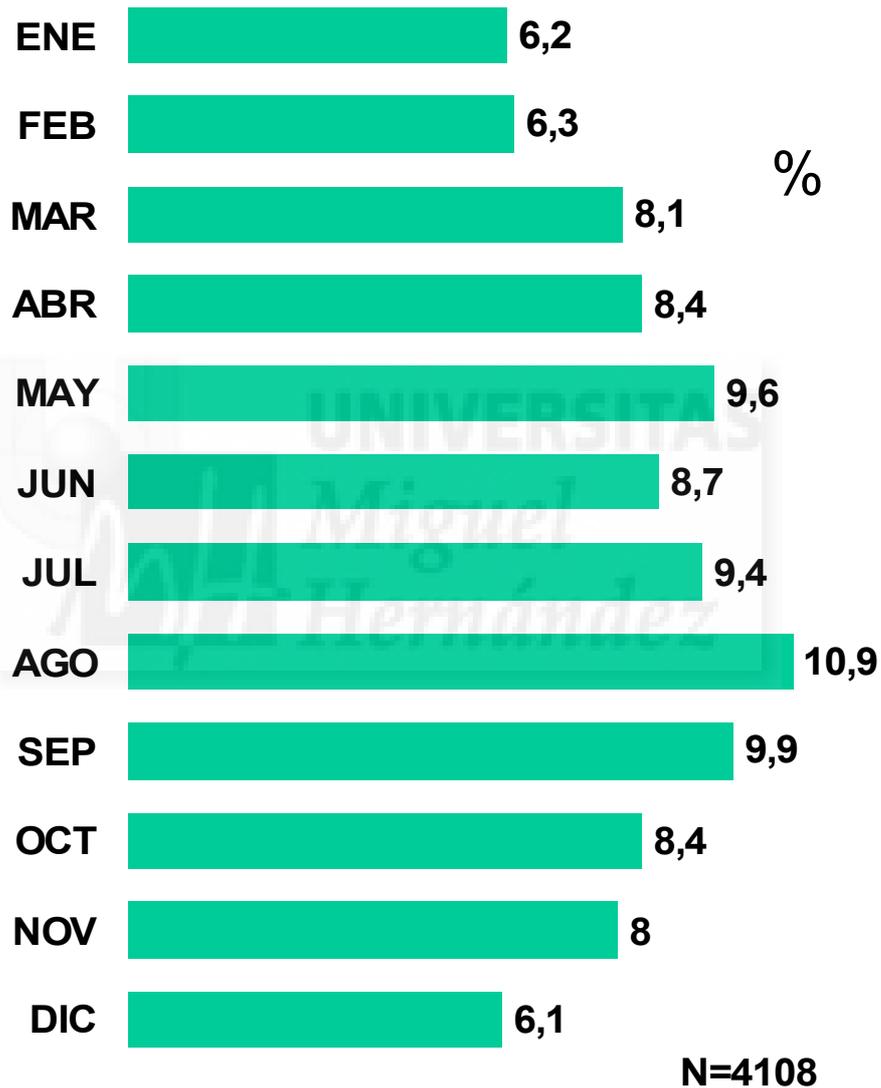


GRÁFICO 5

4.1.8. Día de la semana (Gráfico 6)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	548	13,3%
Martes	579	14,1%
Miércoles	549	13,4%
Jueves	582	14,2%
Viernes	554	13,5%
Sábado	637	15,5%
Domingo	659	16,0%
Total	4108	100%

4.1.9. Laborable / Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	3303	80,4%
Festivo	805	19,6%
Total	4108	100%

Día



N=4108

GRÁFICO 6

4.1.10. Hora de la asistencia (Gráfico 7)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	114	2,8%
01	54	1,3%
02	28	0,7%
03	16	0,4%
04	10	0,2%
05	10	0,2%
06	3	0,1%
07	5	0,1%
08	33	0,8%
09	67	1,6%
10	112	2,7%
11	171	4,2%
12	233	5,7%
13	244	6,0%
14	247	6,0%
15	238	5,8%
16	212	5,2%
17	248	6,0%
18	277	6,7%
19	387	9,4%
20	440	10,7%
21	458	11,1%
22	325	8,0%
23	176	4,3%
Total	4108	100%

Hora

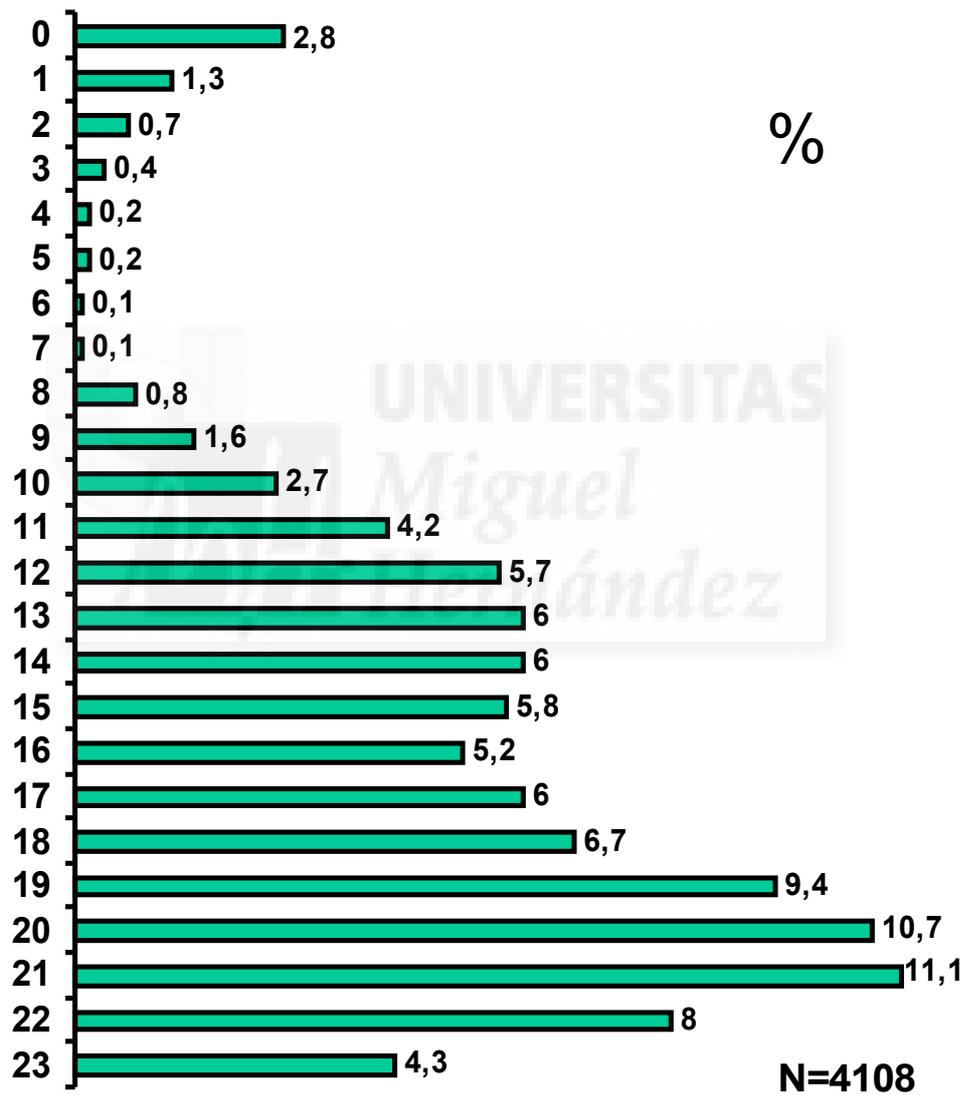


GRÁFICO 7

4.1.11. Hora de la asistencia en intervalos (Gráfico 8)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	244	5,9%
08:00-15:59 horas	1338	32,6%
16:00-23:59 horas	2526	61,5%
Total	4108	100%



Hora Intervalos

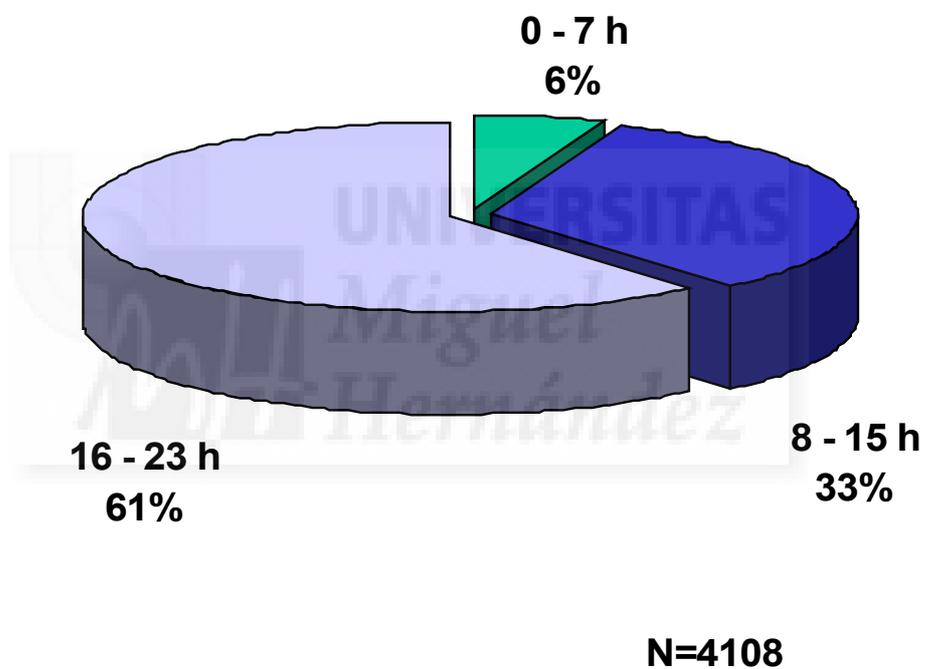


GRÁFICO 8

4.1.12. Etiología (Gráfico 9)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casual	3755	91,43%
Animales	251	6,11%
Tráfico	76	1,85%
Agresión	13	0,31%
Malos tratos	7	0,17%
Abuso sexual	4	0,09%
Otras causas	2	0,04%
Total	4108	100%



Etiología

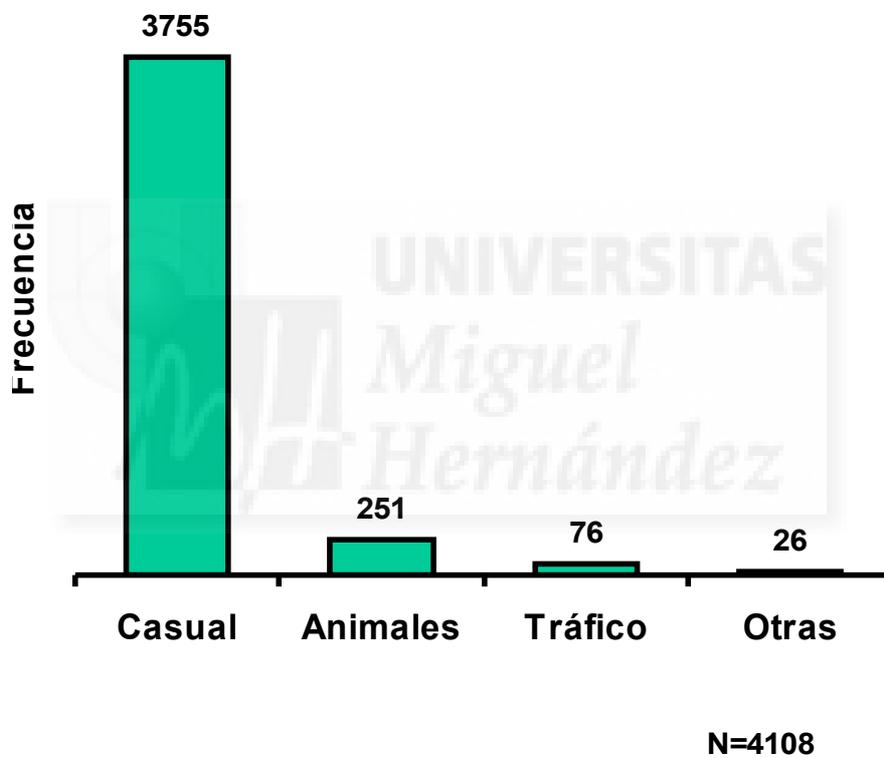


GRÁFICO 9

4.1.13. Diagnóstico clínico (Gráfico 10)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo único	3241	78,9%
Cuerpo extraño	272	6,6%
Picadura	194	4,7%
Intoxicación	185	4,5%
Quemadura	94	2,3%
Traumatismo múltiple	40	1,0%
Otros	11	0,3%
Sin lesiones	30	0,7%
No consta	41	1,0%
Total	4108	100%



Diagnóstico clínico

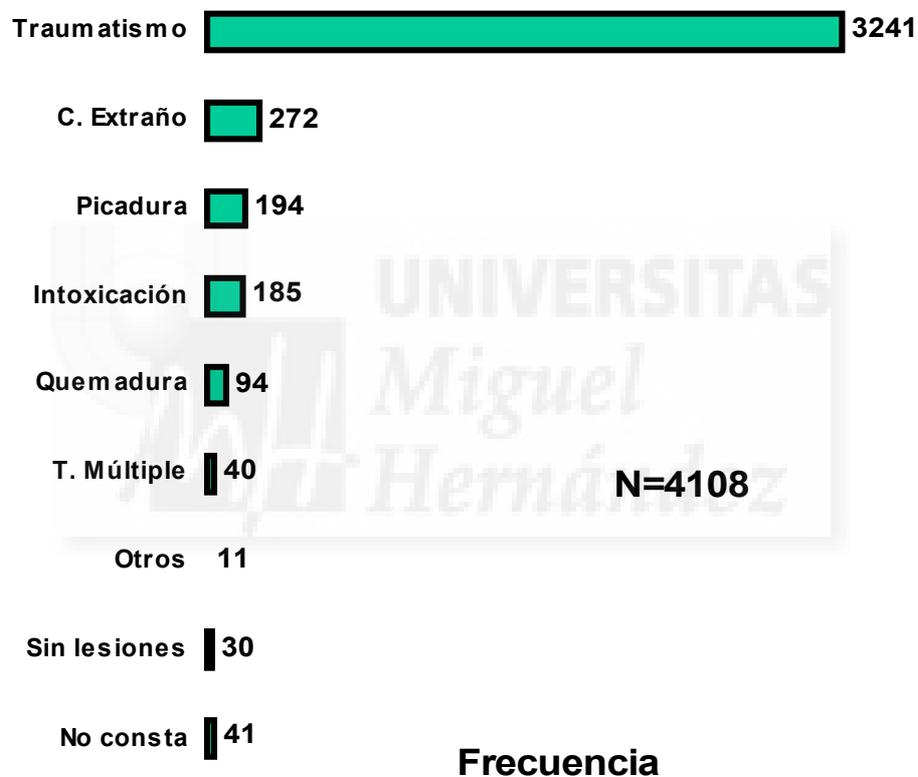
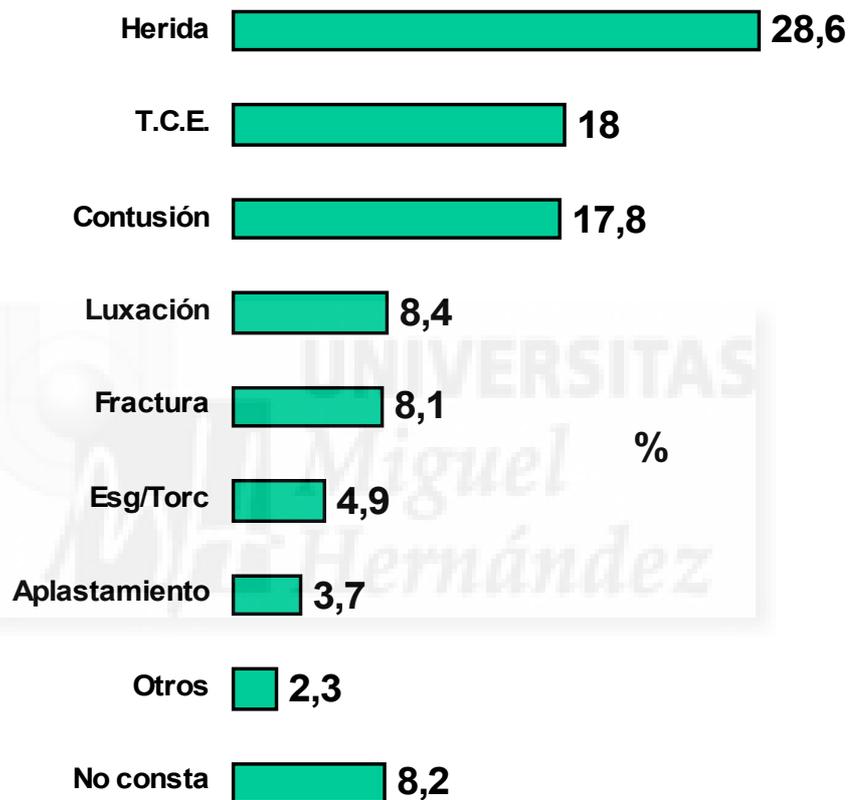


GRÁFICO 10

4.1.14. Tipos de traumatismo único (Gráfico 11)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Herida	926	28,6%
T.C.E.	583	18,0%
Contusión	578	17,8%
Luxación	271	8,4%
Fractura	261	8,1%
Esguince/Torcedura	160	4,9%
Aplastamiento	119	3,7%
Otros	75	2,3%
No consta	268	8,2%
Total	3241	100%

Traumatismos



N=3241

GRÁFICO 11

4.1.15. Localización de la lesión (Gráfico 12)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	1682	47,1%
Tronco	101	2,8%
Miembro superior	997	28,0%
Miembro inferior	543	15,2%
Lesiones múltiples	114	3,2%
No consta	132	3,7%
Total	3569	100%



Localización lesión

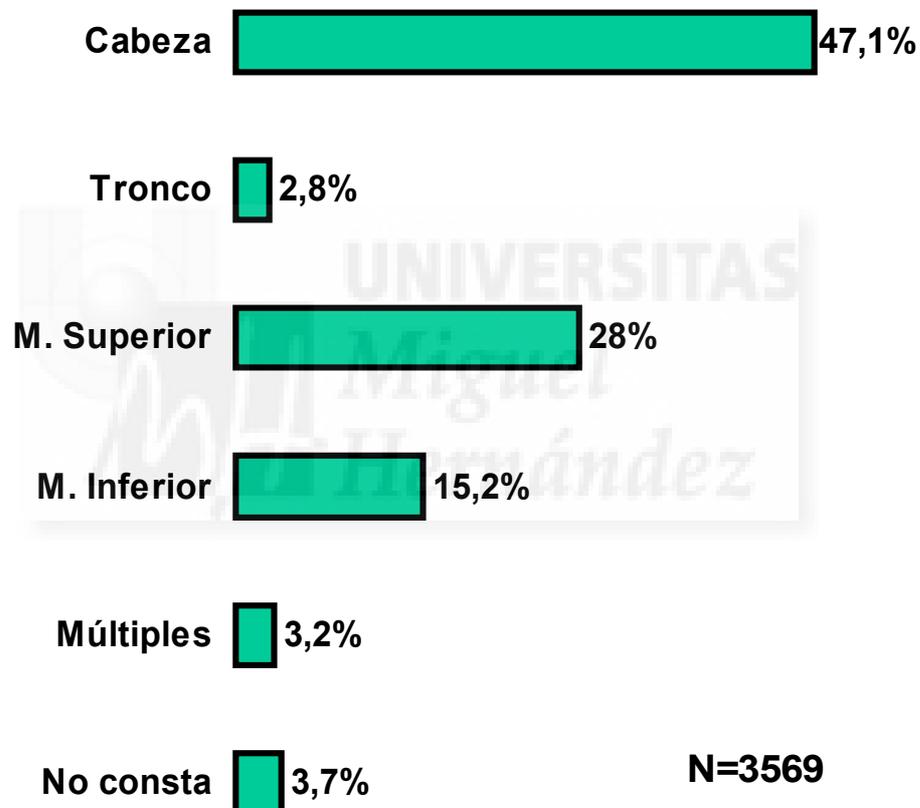


GRÁFICO 12

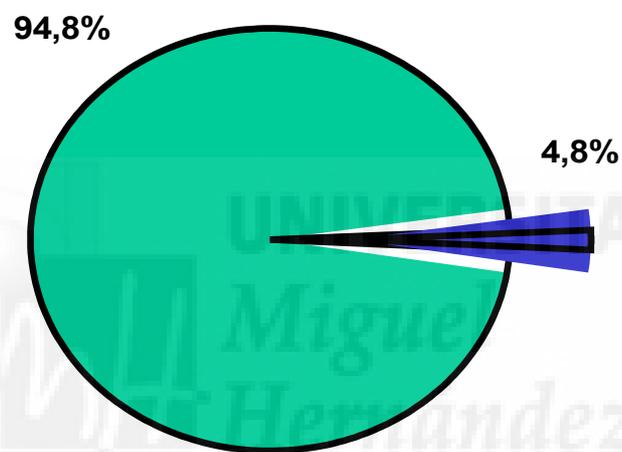
4.1.16. Destino (Gráfico 13)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	3899	94,9%
Hospital	197	4,8%
Fugado	12	0,3%
Total	4108	100%



Destino

■ Domicilio ■ Hospital



N=4108

GRÁFICO 13

4.1.17. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	55	28,0%
2	45	22,8%
3	32	16,3%
4	22	11,2%
5	13	6,6%
6	9	4,6%
7	5	2,5%
8	1	0,5%
9	1	0,5%
10	1	0,5%
11	2	1,0%
14	2	1,0%
17	1	0,5%
20	1	0,5%
25	1	0,5%
28	1	0,5%
32	1	0,5%
38	1	0,5%
48	2	1,0%
67	1	0,5%
Total	197	100%

4.1.18. Localidades de procedencia

LOCALIDAD	FRECUENCIA
Alicante	3281
San Vicente	321
Aspe	72
Elche	48
Agost	27
Guardamar del Segura	24
Elda	18
Monforte del Cid	14
San Juan	13
Torrevieja	11
Benidorm	10
Muchamiel	10
Novelda	9
Campello	7
Orihuela	7
Altea	6
Santa Pola	6
Albatera	5
Callosa del Segura	5
Rojales	5
Villena	5
Petrel	4
Sax	4
Villajoyosa	4
Alcoy	3

4.1.18. Localidades de procedencia (continuación)

LOCALIDAD	FRECUENCIA
Alfaz del Pí	2
Almoradi	2
Benejuzar	2
Crevillente	2
Denia	2
Finestrat	2
Hondón de los Frailes	2
Ibi	2
Monovar	2
La Nucía	2
Redován	2
La Romana	2
Algueña	1
Biar	1
Calpe	1
Callosa d'en Sarrià	1
Castalla	1
Cox	1
Onil	1
Pinoso	1
Sagra	1
San Miguel	1
Tibi	1
No consta	3
Total	3957

4.1.19. Residencia del resto de provincias

PROVINCIA	FRECUENCIA
Madrid	52
Murcia	18
Valencia	8
Vizcaya	7
Ciudad real	5
Barcelona	4
Málaga	4
Albacete	3
Asturias	3
Salamanca	3
Valladolid	3
Álava	2
Baleares	2
Cuenca	2
Zamora	2
Burgos	1
Castellón	1
Coruña	1
Granada	1
Guadalajara	1
Guipúzcoa	1
Huelva	1
Jaén	1
Tenerife	1
Cantabria	1
Segovia	1
Tarragona	1
Zaragoza	1
Total	131

4.1.20. Sexo en el parte de lesiones

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	76	60,3%
Niñas	50	39,7%
Total	126	100%

4.1.21. Edad en el parte de lesiones

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	7	5,6%
1 año	10	7,9%
2 años	13	10,3%
3 años	17	13,5%
4 años	14	11,1%
5 años	25	19,8%
6 años	19	15,1%
7 años	19	15,1%
No consta	2	1,6
Total	126	100%

4.1.22. Etiología en el parte de lesiones (Gráfico 14)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tráfico	88	69,8%
Casual	20	15,9%
Agresión	13	10,3%
Malos tratos	2	1,6%
Abuso sexual	1	0,8%
No consta	2	1,6%
Total	126	100%

4.1.23. Diagnóstico clínico en el parte de lesiones

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contusión	56	44,4%
Herida	19	15,1%
Quemadura	14	11,1%
Erosión	10	7,9%
Fractura	5	4,0%
Traumatismo sin especificar	4	3,2%
Esguince/Torcedura	2	1,6%
Intoxicación	1	0,8%
Sin lesiones	15	11,9%
Total	126	100%

Etiología

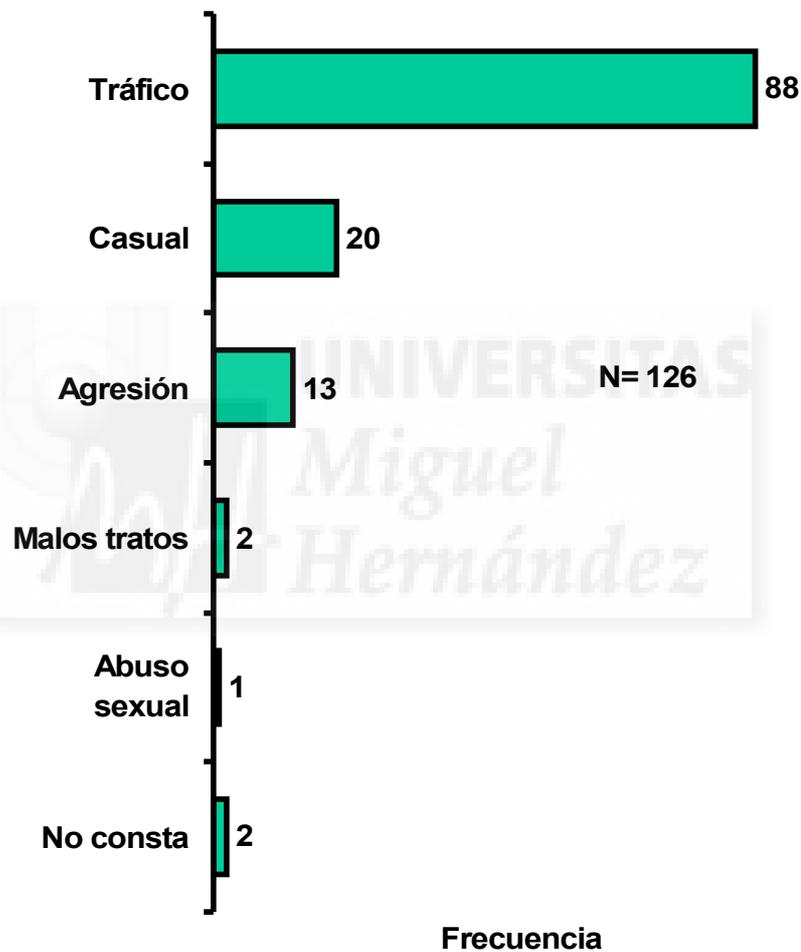


GRÁFICO 14

4.1.24. Localización de la lesión en el parte de lesiones

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	38	34,6%
Tronco	8	7,3%
Miembro superior	6	5,4%
Miembro inferior	12	10,9%
Lesiones múltiples	36	32,8%
No consta	10	9,0%
Total	125	100%

4.1.25. Pronóstico en el parte de lesiones (Gráfico 15)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	94	74,6%
Reservado	7	5,6%
Menos grave	9	7,1%
Grave	14	11,1%
No consta	2	1,6%
Total	126	100%

Pronóstico

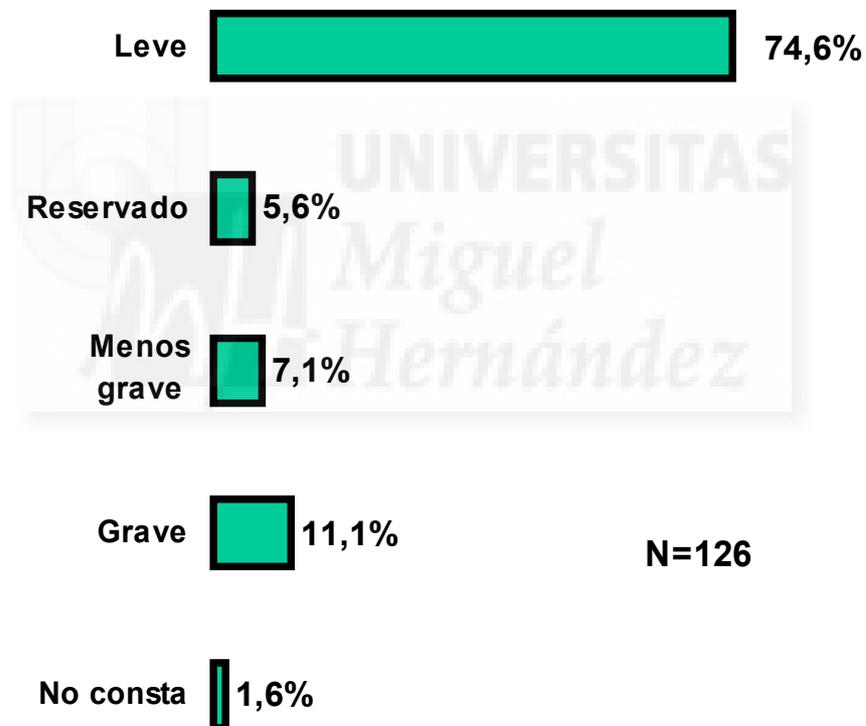


GRÁFICO 15

4.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.2.1. Distribución del sexo según la edad (Gráfico16)

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	168 7,0%	144 8,4 %	312 7,6%
	1 año	421 17,5%	378 22,2%	799 19,4%
	2 años	405 16,8%	289 17,0%	694 16,9%
	3 años	352 14,6%	228 13,4%	580 14,1%
	4 años	301 12,5%	200 11,7%	501 12,2%
	5 años	299 12,4%	170 10,0%	469 11,4%
	6 años	258 10,8%	160 9,4%	418 10,2%
	7 años	201 8,4%	134 7,9%	335 8,2%
	Total	2405 100%	1703 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 22,988$$

$$p: 0,002$$

Sexo-Edad

■ <1 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7

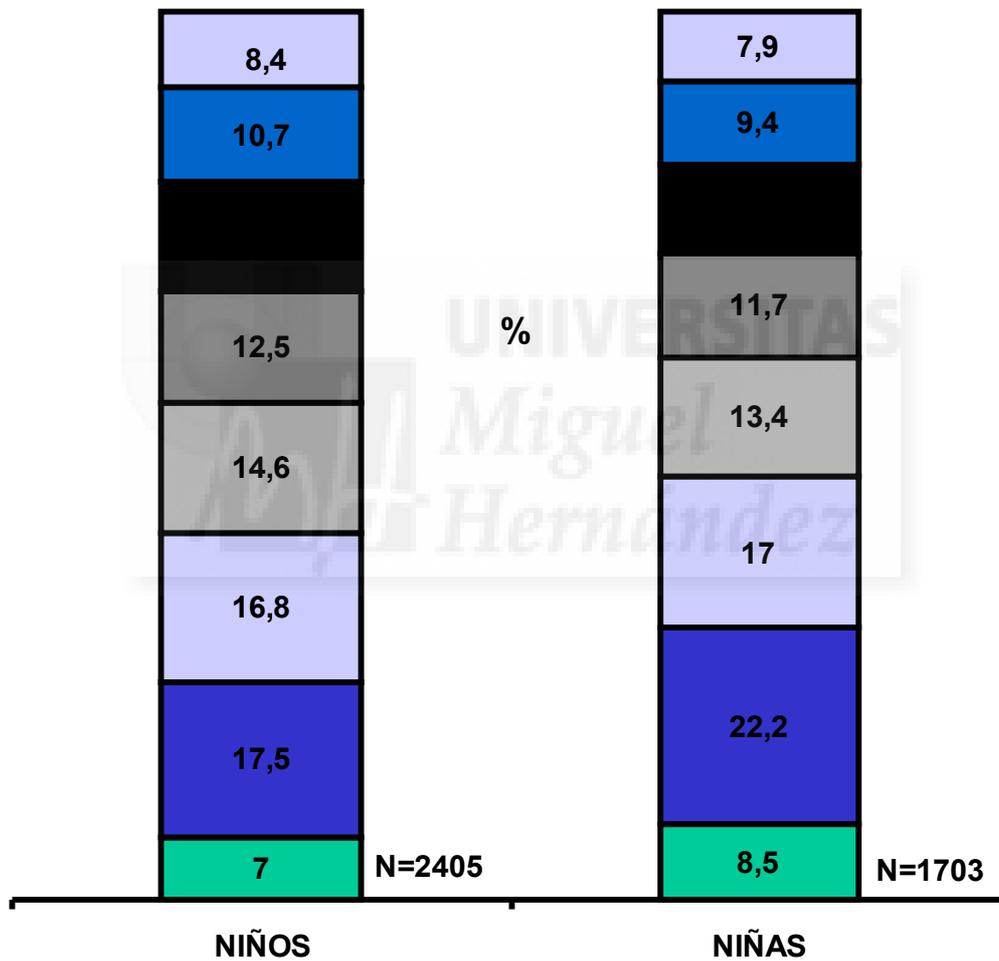


GRÁFICO 16

4.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad (Gráfico 17)

S E X O				
G R U P O		Niño	Niña	Total
		Neonatos	4 0,2%	3 0,2%
E D A D	Lactantes	381 15,8%	315 18,5%	696 17,0%
	Preescolar	961 40,0%	721 42,3%	1682 40,9%
	Escolar	1059 44,0%	664 39,0%	1723 41,9%
	Total	2405 100%	1703 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 11,577$$

$$p: 0,009$$

Sexo-Grupo edad

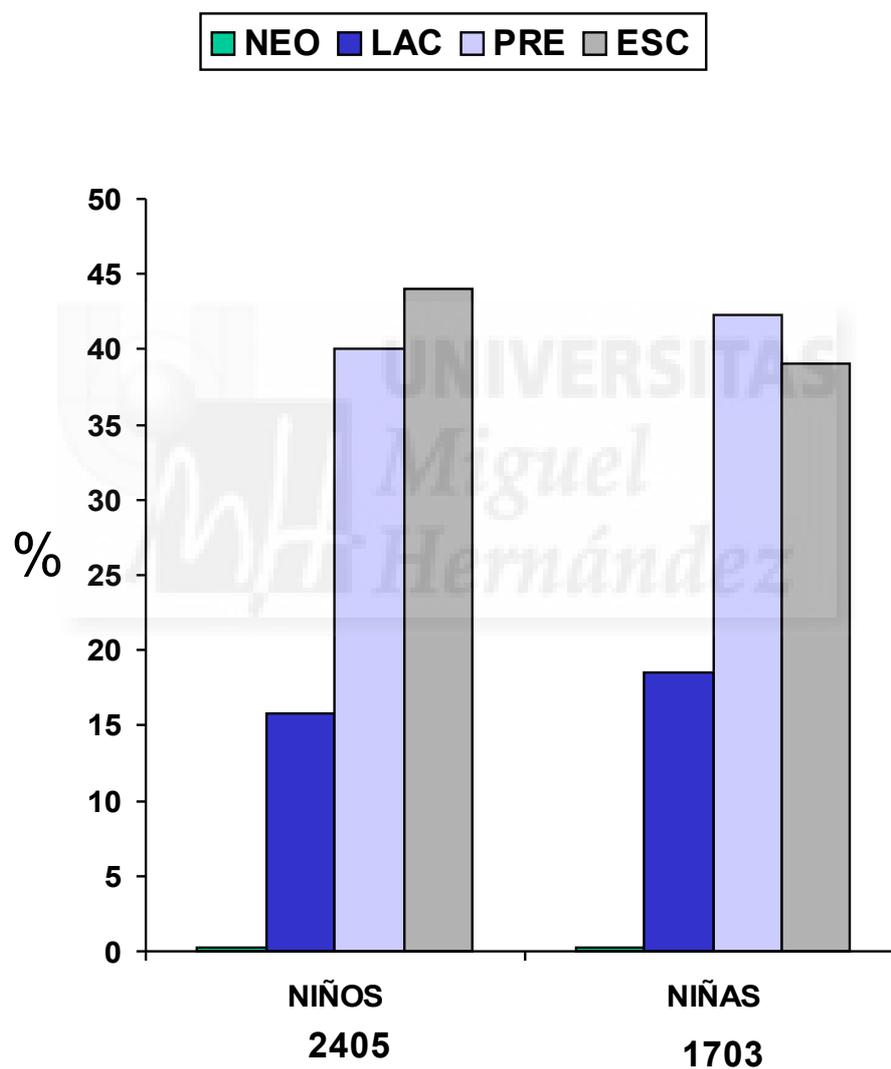


GRÁFICO 17

4.2.3. Distribución del sexo según la etiología

S E X O				
E T I O L O G I A		Niño	Niña	Total
	Accidente	2206	1549	3755
	casual	91,7%	91,0%	91,4%
	Producida	140	111	251
	animales	5,9%	6,5%	6,1%
	Accidente	44	32	76
	tráfico	1,8%	1,9%	1,9%
	Otras	15	11	26
causas	0,6%	0,6%	0,6%	
Total	2405	1703	4108	
	Total	100%	100%	100%

$$\chi^2 = 0,877$$

$$p: 0,831$$

4.2.4. Distribución del sexo según el diagnóstico clínico

S E X O				
D I A G N Ó S T I C O		Niño	Niña	Total
	Traumatismo único	1917 79,7%	1324 77,7%	3241 78,9%
	Cuerpo Extraño	137 5,7%	135 7,9%	272 6,6%
	Picadura	106 4,4%	88 5,2%	194 4,7%
	Intoxicación	108 4,5%	77 4,5%	185 4,5%
	Quemadura	57 2,4 %	37 2,2%	94 2,3%
	Traumatismo Múltiple	28 1,2%	12 0,7%	40 1,0%
	Otros	8 0,3%	3 0,2%	11 0,3%
	Sin lesión	16 0,6%	14 0,8%	30 0,7%
	No consta	28 1,2%	13 0,8%	41 1,0%
	Total	2405 100%	1703 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 14,387$$

$$p : 0,072$$

4.2.5. Distribución del sexo según el mes

		SEXO		
		Niños	Niñas	Total
M E S	Enero	139 5,8%	117 6,9%	256 6,2%
	Febrero	142 5,9%	115 6,8%	257 6,3%
	Marzo	192 8,0%	141 8,3%	333 8,1%
	Abril	194 8,1%	152 8,9%	346 8,4%
	Mayo	241 10,0%	153 9,0%	394 9,6%
	Junio	209 8,7%	147 8,6%	356 8,7%
	Julio	234 9,7%	154 9,0%	388 9,4%
	Agosto	263 10,9%	186 10,9%	449 10,9%
	Septiembre	251 10,5%	154 9,0%	405 9,9%
	Octubre	205 8,5%	139 8,2%	344 8,4%
	Noviembre	202 8,4%	128 7,5%	330 8,0%
	Diciembre	133 5,5%	117 6,9%	250 6,1%
Total		2405 100%	1703 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 5,830$$

$$p: 0,443$$

4.2.6. Distribución del sexo según el día de la semana

SEXO				
D í A		Niños	Niñas	Total
	Lunes	311 12,9%	237 13,9%	548 13,3%
	Martes	344 14,3%	235 13,8%	579 14,1%
	Miércoles	300 12,4%	249 14,6%	549 13,4%
	Jueves	346 14,4%	236 13,9%	582 14,2%
	Viernes	336 14,0%	218 12,8%	554 13,5%
	Sábado	377 15,7%	260 15,3%	637 15,5%
	Domingo	391 16,3%	268 15,7%	659 16,0%
	Total	2405 100%	1703 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 5,830$$

$$p: 0,445$$

4.2.7. Distribución del sexo según el intervalo horario (Gráfico 18)

S E X O



		Niños	Niñas	Total
--	--	-------	-------	-------



		147	97	244
	00:00-07:59	6,1%	5,7%	5,9%



H O R A S		744	594	1338
	08:00-15:59	30,9%	34,9%	32,6%
	16:00-23:59	63,0%	59,4%	61,5 %
	Total	100%	100%	100%

$$\chi^2 = 7,071$$

$$p: 0,029$$



Sexo-Hora

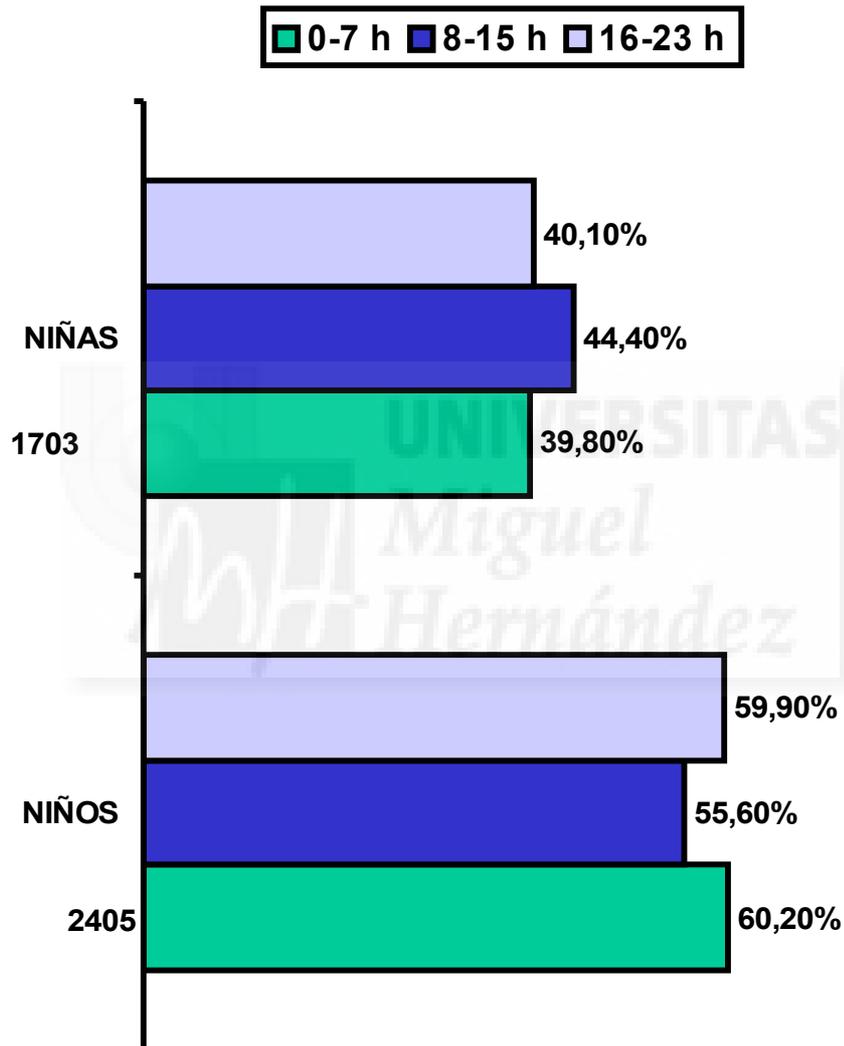


GRÁFICO 18

4.2.8. Distribución de la edad según el sexo (Gráfico 19)

		S E X O		
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	168 53,8%	144 46,2%	312 100%
	1 año	421 52,7%	378 47,3%	799 100%
	2 años	405 58,4%	289 41,6%	694 100%
	3 años	352 60,7%	228 39,3%	580 100%
	4 años	301 60,1%	200 39,9%	501 100%
	5 años	299 63,8%	170 36,2%	469 100%
	6 años	258 61,7%	160 38,3%	418 100%
	7 años	201 60,0%	134 40,0%	335 100%
	Total	2405 58,5%	1703 41,5%	4108 100%

$$\chi^2 = 22,988$$

$$p: 0,002$$

Edad-Sexo

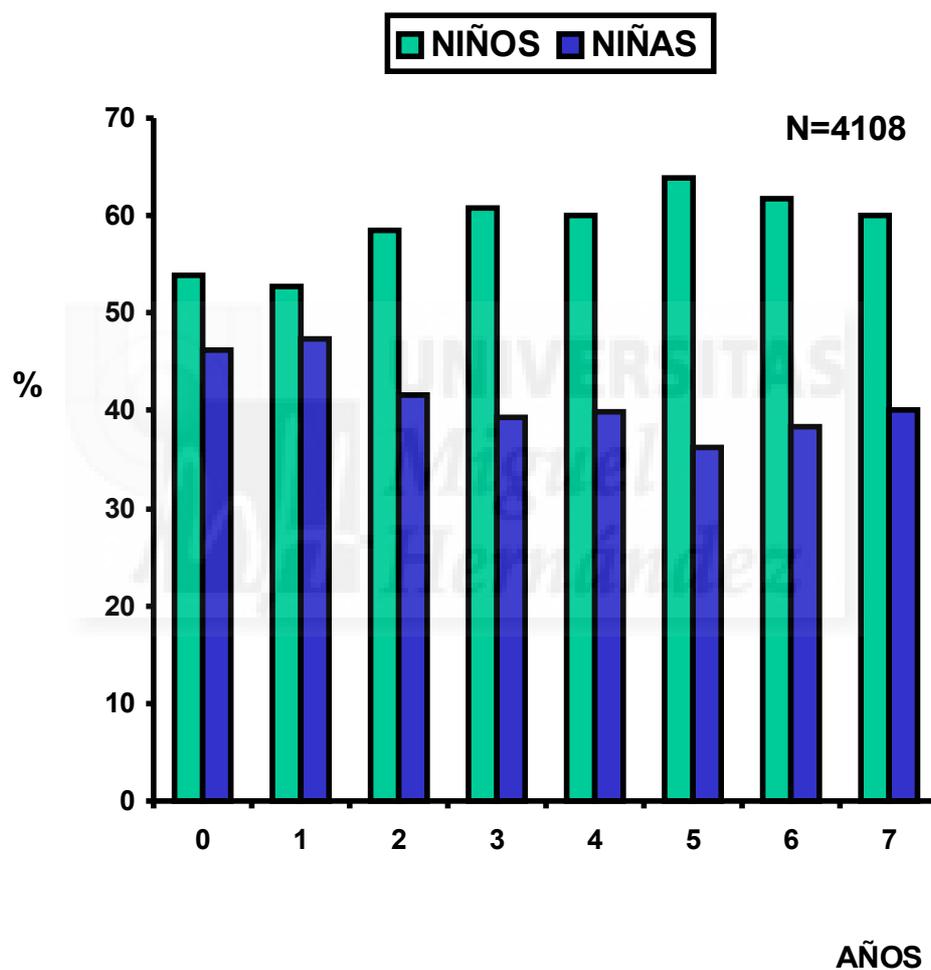


GRÁFICO 19

4.2.9. Distribución del grupo de edad según el sexo (Gráfico 20)

G R U P O	SEXO			
		Niño	Niña	Total
E D A D	Neonatos	4 57,1%	3 42,9%	7 100%
	Lactantes	381 54,7%	315 45,3%	696 100%
	Preescolar	961 57,1%	721 42,9%	1682 100%
	Escolar	1059 61,5%	664 38,5%	1723 100%
		2405	1703	4108
	Total	58,5%	41,5%	100%

$$\chi^2 = 11,577$$

$$p: 0,009$$

Grupo edad-Sexo

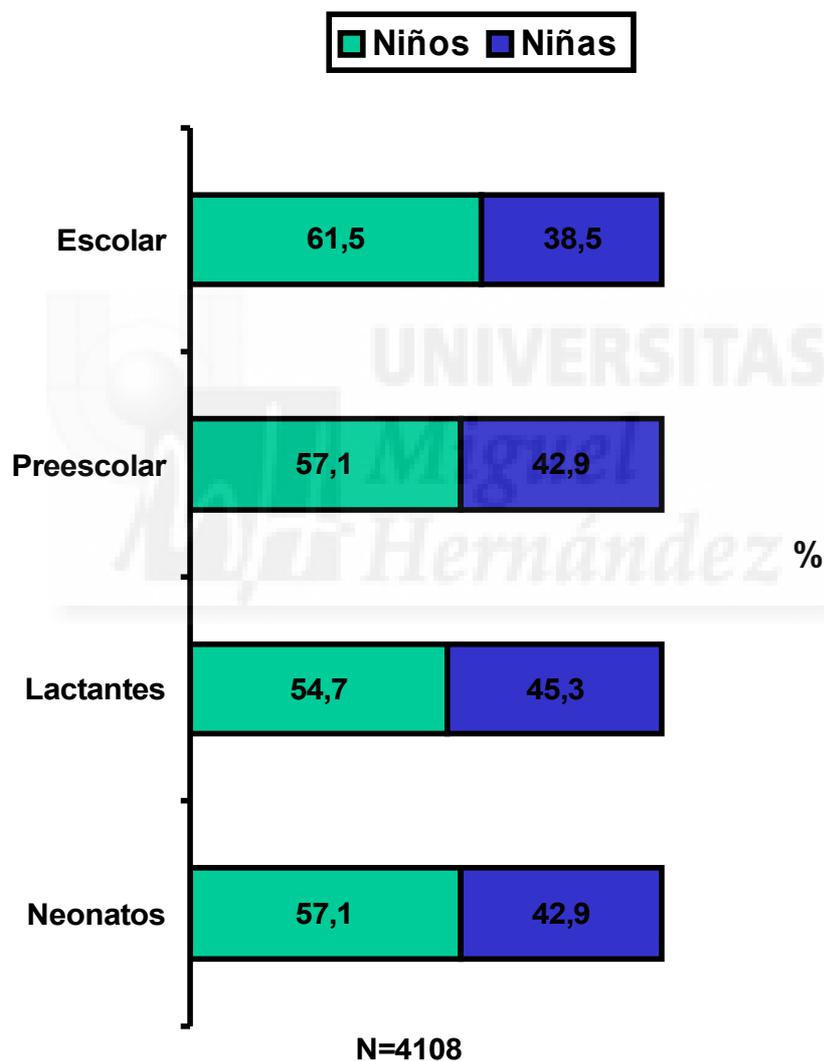


GRÁFICO 20

4.2.10. Distribución de la edad según el mes

		E D A D (años)								
		<1	1	2	3	4	5	6	7	Total
M E S	Enero	28 9,0%	59 7,4%	39 5,6%	32 5,5%	22 4,3%	31 6,6%	22 5,3%	23 6,8%	256 6,2%
	Febrero	22 7,0%	39 4,9%	50 7,2%	42 7,2%	32 6,4%	23 4,9%	21 5,0%	28 8,4%	257 6,3%
	Marzo	20 6,4%	66 8,3%	63 9,1%	37 6,4%	43 8,6%	33 7,0%	35 8,4%	36 10,7%	333 8,1%
	Abril	23 7,3%	59 7,4%	54 7,8%	49 8,4%	55 11%	43 9,3%	37 8,9%	26 7,8%	346 8,4%
	Mayo	27 8,7%	70 8,8%	63 9,1%	56 9,7%	46 9,2%	45 9,6%	50 12%	37 11%	394 9,6%
	Junio	27 8,7%	61 7,6%	59 8,5%	62 10,7%	45 9,0%	39 8,3%	42 10%	21 6,3%	356 8,7%
	Julio	23 7,3%	59 7,3%	69 9,9%	47 8,1%	45 9,0%	58 12,4%	53 12,7%	34 10,1%	388 9,4%
	Agosto	38 12,2%	100 12,5%	74 10,7%	66 11,4%	44 8,8%	48 10,2%	36 8,6%	43 12,8%	449 10,9%
	Septiembre	33 10,6%	102 12,8%	56 8,1%	45 7,8%	49 9,8%	48 10,2%	47 11,2%	25 7,5%	405 9,9%
	Octubre	28 9,0%	67 8,4%	59 8,5%	57 9,8%	44 8,8%	39 8,3%	24 5,7%	26 7,8%	344 8,4%
	Noviembre	22 7,1%	80 10%	51 7,3%	48 8,3%	47 9,4%	39 8,3%	26 6,2%	17 5,1%	330 8,0%
	Diciembre	21 6,7%	37 4,6%	57 8,2%	39 6,7%	29 5,7%	23 4,9%	25 6,0%	19 5,7%	250 6,1%
Total		312 100%	799 100%	694 100%	580 100%	501 100%	469 100%	418 100%	335 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 109,247$$

$$p: 0,009$$

4.2.11. Distribución del grupo de edad según el mes

GRUPO E D A D						
		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total

M E S	Enero	1 14,3%	55 7,9%	102 6,1%	98 5,7%	256 6,2%
	Febrero		42 6,0%	111 6,6%	104 6,0%	257 6,3%
	Marzo		54 7,8%	132 7,8%	147 8,6%	333 8,1%
	Abril		53 7,6%	132 7,8%	161 9,3%	346 8,4%
	Mayo	1 14,3%	57 8,2%	158 9,4%	178 10,3%	394 9,6%
	Junio	1 14,3%	50 7,2%	158 9,4%	147 8,6%	356 8,7%
	Julio		57 8,2%	141 8,4%	190 11,0%	388 9,4%
	Agosto		83 11,9%	195 11,6%	171 9,9%	449 10,9%
	Septiembre		80 11,5%	156 9,3%	169 9,8%	405 9,9%
	Octubre		65 9,3%	146 8,7%	133 7,7%	344 8,4%
	Noviembre	3 42,8%	62 8,9%	136 8,1%	129 7,5%	330 8,0%
	Diciembre	1 14,3%	38 5,5%	115 6,8%	96 5,6%	250 6,1%
Total	7 100%	696 100%	1682 100%	1723 100%	4108 100%	

$$\chi^2 = 49,190$$

p: 0,035

4.2.12. Distribución de la edad según el día de la semana

E D A D (años)									
	< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
Lunes	39 12,6%	97 12,1%	78 11,2%	83 14,3%	72 14,4%	62 13,2%	59 14,1%	58 17,3%	548 13,3%
Martes	51 16,3%	119 14,9%	99 14,3%	73 12,6%	70 14,0%	65 13,9%	55 13,1%	47 14,1%	579 14,1%

D I A		40	111	85	83	60	64	66	40	549
	Miércoles	12,8%	13,9%	12,2%	14,3%	12,0%	13,6%	15,8%	12,0%	13,4%
	Jueves	15,7%	14,3%	16,1%	12,6%	13,8%	14,1%	13,9%	12,2%	14,2%
	Viernes	11,5%	12,4%	15,3%	11,9%	13,4%	14,9%	13,4%	15,2%	13,5%
	Sábado	15,7%	18,4%	16,0%	15,9%	12,8%	15,8%	13,4%	13,1%	15,5%
	Domingo	15,4%	14,0%	14,9%	18,4%	19,6%	14,5%	16,3%	16,1%	16,0%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2 = 44,783$$

$$p: 0,356$$



4.2.13. Distribución del grupo de edad según día semana

GRUPO EDAD					
	Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
Lunes	1	82	214	251	548
Martes	1	114	227	237	579
	14,2%	11,8%	12,7%	14,5%	13,3%
	14,2%	16,4%	13,5%	13,8%	14,1%

D í A	Miércoles		92 13,2%	227 13,5%	230 13,3%	549 13,4%
	Jueves	1 14,2%	108 15,5%	239 14,2%	234 13,6%	582 14,2%
	Viernes		82 11,8%	228 13,6%	244 14,2%	554 13,5%
	Sábado	2 28,7%	121 17,4%	276 16,4%	238 13,8%	637 15,5%
	Domingo	2 28,7%	97 13,9%	271 16,1%	269 16,8%	659 16,0%
	Total	7 100%	696 100%	1682 100%	1723 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 21,773$$

$$p: 0,242$$



4.2.14. Distribución de la edad según el intervalo horario (Gráfico 21)

	H O R A				
		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
E	< 1 año	23 7,3%	130 41,7%	159 51,0%	312 100%
	1 año	35 4,3%	277 34,7%	487 61,0%	799 100%
	2 años	47 6,8%	241 34,7%	406 58,5%	694 100%

		39	160	381	580
D	3 años	6,7%	27,6%	65,7%	100%



		29	153	319	501
A	4 años	5,8%	30,5%	63,7%	100%



		24	144	301	469
D	5 años	5,1%	30,7%	64,2%	100%



6 años	24 5,8%	133 31,8%	261 62,4%	418 100%
7 años	23 6,8%	100 29,9%	212 63,3%	335 100%
Total	244 5,9%	1338 32,6%	2526 61,5%	4108 100%

$$\chi^2 = 32,723$$

$$p: 0,003$$



Edad-Hora(int)

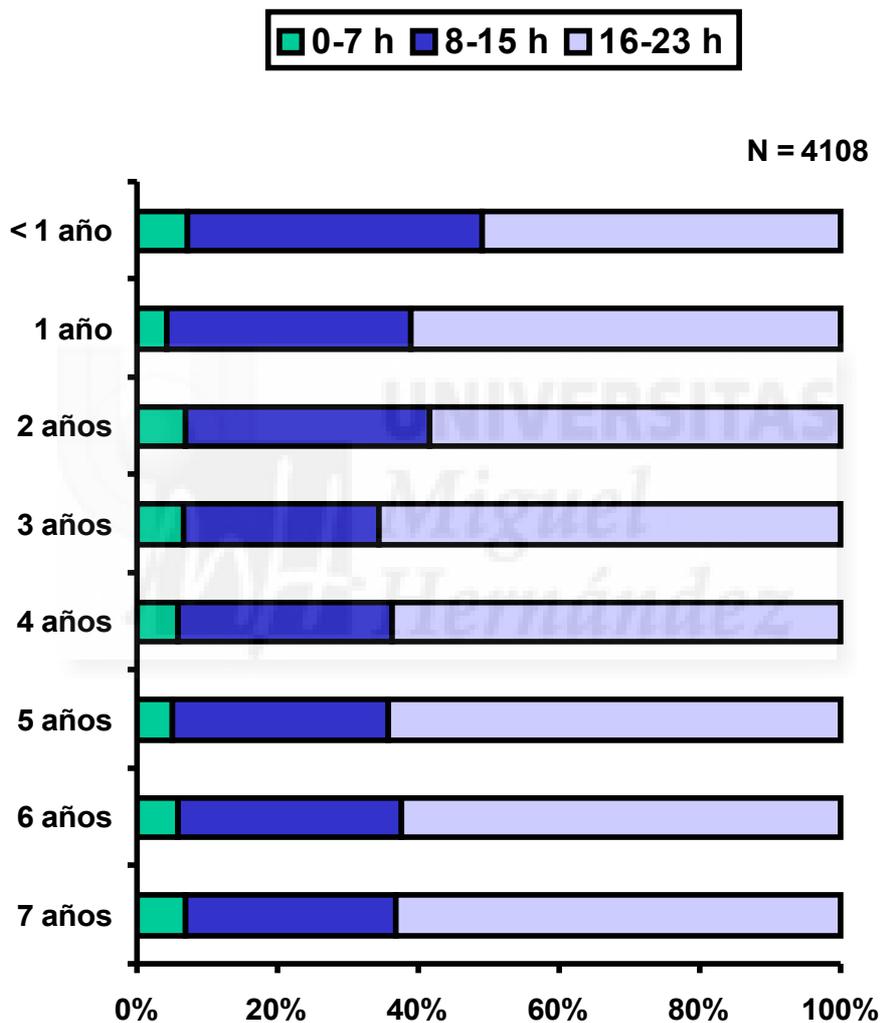


GRÁFICO 21

4.2.15. Distribución del grupo de edad según el intervalo horario

G R U P O	H O R A				
		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
N E O N A T O S		1	2	4	7
	Neonatos	14,3%	28,6%	57,1%	100%
L A C T A N T E S		38	262	396	696
	Lactantes	5,5%	37,6%	56,9%	100%
P R E E S C O L A R		105	544	1033	1682
	Preescolar	6,3%	32,3%	61,4%	100%
E S C O L A R		100	530	1093	1723
	Escolar	5,8%	30,8%	63,4%	100%
T O T A L		244	1338	2526	4108
	Total	5,9%	32,6%	61,5%	100%

$$\chi^2 = 12,171$$

$$p: 0,058$$

4.2.16. Distribución de la edad según la etiología de la lesión

		ETIOLOGÍA				
		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
E D A D	< 1 año	279 89,4%	25 8,1%	2 0,6%	6 1,9%	312 100%
	1 año	742 92,8%	51 6,4%	6 0,8%		799 100%
	2 años	648 93,4%	39 5,6%	5 0,7%	2 0,3%	694 100%
	3 años	530 91,4%	35 6,0%	12 2,1%	3 0,5%	580 100%
	4 años	442 88,2%	42 8,4%	14 2,8%	3 0,6%	501 100%
	5 años	425 90,6%	23 5,0%	18 3,8%	3 0,6%	469 100%
	6 años	377 90,2%	22 5,3%	14 3,3%	5 1,2%	418 100%
	7 años	312 93,1%	14 4,2%	5 1,5%	4 1,2%	335 100%
	Total	3755 91,4%	251 6,1%	76 1,9%	26 0,6%	4108 100%

4.2.17. Distribución del grupo de edad según la etiología

G R U P O	ETIOLOGÍA					
		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
N E O N A T O S		6			1	7
	Neonatos	85,7%			14,3%	100%
L A C T A N T E S		637	49	5	5	696
	Lactantes	91,6%	7,0%	0,7%	0,7%	100%
P R E E S C O L A R		1556	101	20	5	1682
	Preescolar	92,5%	6,0%	1,2%	0,3%	100%
E S C O L A R		1556	101	51	15	1723
	Escolar	90,3%	5,9%	3,0%	0,8%	100%
T O T A L	Total	3755	251	76	26	4108
		91,4%	6,1%	1,9%	0,6%	100%



4.2.18. Distribución de la edad según el diagnóstico clínico

E D A D (años)										
		< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
D I A G N O S T I C O	Traumatismo	242	592	516	450	391	391	364	295	3241
	único	77,6%	74,0%	74,4%	77,6%	78,0%	83,4%	87,1%	88,0%	78,9%
	Cuerpo	15	46	59	53	41	24	16	18	272
	extraño	4,8%	5,8%	8,5%	9,1%	8,2%	5,1%	3,9%	5,4%	6,6%
	Picadura	25	45	33	27	28	16	15	5	194
		8,0%	5,6%	4,8%	4,7%	5,6%	3,4%	3,6%	1,5%	4,7%
	Intoxicación	11	61	55	22	17	10	6	3	185
		3,6 %	7,6%	7,9%	3,8%	3,4%	2,2%	1,4%	0,9%	4,5%
	Quemadura	6	31	19	15	7	5	6	5	94
		1,9%	3,9%	2,7%	2,6%	1,4%	1,1%	1,4%	1,5%	2,3%
	Traumatismo		3	2	6	8	11	7	3	40
	múltiple		0,4%	0,3%	1,1%	1,6%	2,3%	1,7%	0,9%	1,0%
	Otros	2	2	1	3	1	1		1	11
	0,6%	0,3%	0,1%	0,5%	0,2%	0,2%		0,3%	0,3%	
Sin	10	6	2	2	5	3	1	1	30	
lesión	3,2%	0,8%	0,3%	0,3%	1,0%	0,6%	0,2%	0,3%	0,7%	
No	1	13	7	2	3	8	3	4	41	
Consta	0,3%	1,6%	1,0%	0,3%	0,6%	1,7%	0,7%	1,2%	1,0%	
Total		312	799	694	580	501	469	418	335	4108
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

4.2.19. Distribución del grupo de edad según el diagnóstico clínico

GRUPO EDAD						
D I A G N O S T I C O		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
	Traumatismo	5	526	1269	1441	3241
	único	71,4%	75,5%	75,4%	83,6%	78,9%
	Cuerpo	1	31	141	99	272
	extraño	14,3%	4,5%	8,4%	5,8%	6,6%
	Picadura		48	82	64	194
			6,9%	4,9%	3,7%	4,7%
	Intoxicación		43	106	36	185
			6,2%	6,3%	2,1%	4,5%
	Quemadura		26	45	23	94
			3,7%	2,7%	1,3%	2,3%
	Traumatismo		2	9	29	40
	múltiple		0,3%	0,5%	1,7%	1,0%
	Otros	1	1	6	3	11
	14,3%	0,1%	0,4%	0,2%	0,3%	
Sin		13	7	10	30	
lesión		1,9%	0,4%	0,6%	0,7%	
No		6	17	18	41	
consta		0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	
Total	7	696	1682	1723	4108	
	100%	100%	100%	100%	100%	

4.2.20. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario (Gráfico 22)

		INGRESO HOSPITAL		
		Sí	No	Total
E D A D	< 1 año	19 6,1%	293 93,9%	312 100%
	1 año	24 3,0%	775 97,0%	799 100%
	2 años	27 3,9%	667 96,1%	694 100%
	3 años	31 5,3%	549 94,7%	580 100%
	4 años	28 5,6%	473 94,4%	501 100%
	5 años	31 6,6%	438 93,4%	469 100%
	6 años	30 7,2%	388 92,8%	418 100%
	7 años	7 2,1%	328 97,9%	335 100%
	Total	197 4,8%	3911 95,2%	4108 100%

Edad-Ingreso

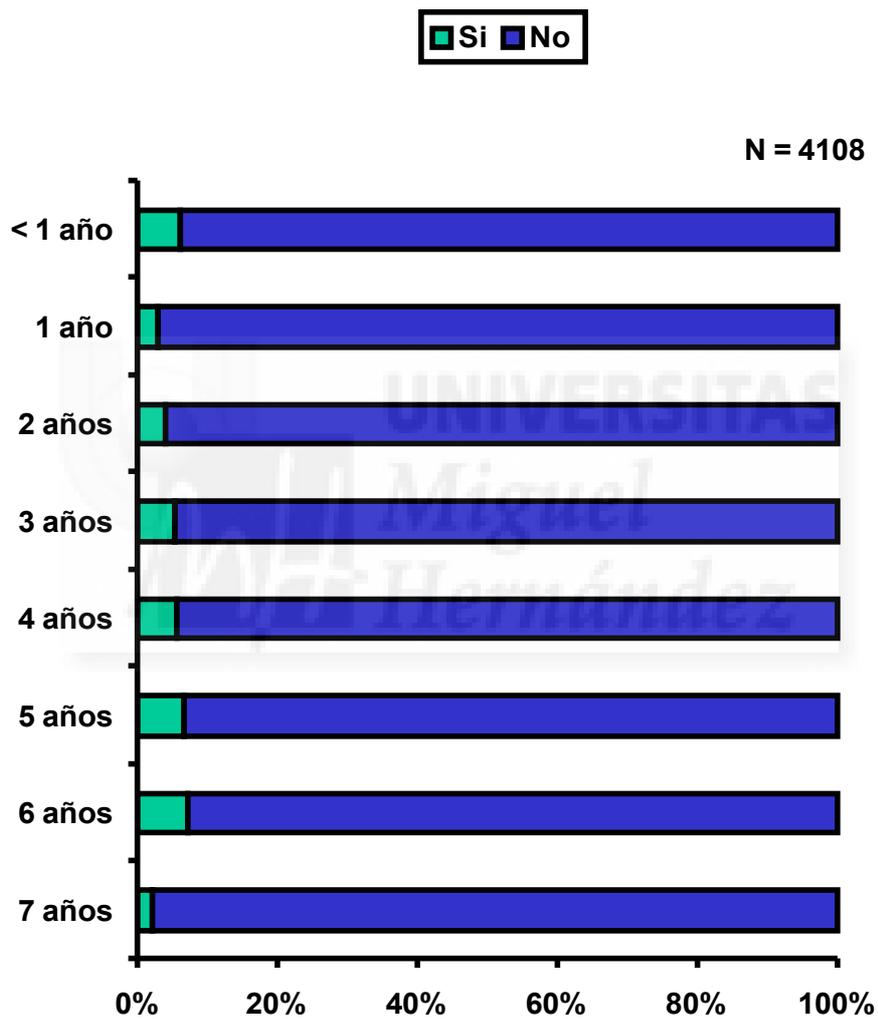


GRÁFICO 22

4.2.21. Distribución del mes según el intervalo horario

		HORA			
		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
M E S	Enero	18 7,0%	87 34,0%	151 59,0%	256 100%
	Febrero	12 4,7%	97 37,7%	148 57,6%	257 100%
	Marzo	17 5,1%	113 33,9%	203 61,0%	333 100%
	Abril	22 6,3%	113 32,7%	211 61,0%	346 100%
	Mayo	15 3,8%	114 28,9%	265 67,3%	394 100%
	Junio	30 8,4%	107 30,1%	219 61,5%	356 100%
	Julio	32 8,2%	99 25,6%	257 66,2%	388 100%
	Agosto	44 9,8%	132 29,4%	273 60,8%	449 100%
	Septiembre	25 6,2%	141 34,8%	239 59,0%	405 100%
	Octubre	15 4,4%	127 36,9%	202 58,7%	344 100%
	Noviembre	10 3,1 %	106 32,1%	214 64,8%	330 100%
	Diciembre	4 1,6%	102 40,8%	144 57,6%	250 100%
Total		244 5,9%	1338 32,6%	2526 61,5%	4108 100%

$$\chi^2 = 63,760$$

$$p: 0,000$$

4.2.22. Distribución del mes según el sexo

		SEXO		
		Niño	Niña	Total

M E S	Enero	139	117	256
		54,3%	45,7%	100%
	Febrero	142	115	257
		55,3%	44,7%	6,3%
	Marzo	192	141	333
		57,7%	42,3%	100%
	Abril	194	152	346
		56,1%	43,9%	100%
	Mayo	241	153	394
		61,2%	38,8%	100%
	Junio	209	147	356
		58,7%	41,3%	100%
Julio	234	154	388	
	60,3%	39,7%	100%	
Agosto	263	186	449	
	58,6%	41,4%	100%	
Septiembre	251	154	405	
	62,0%	38,0%	100%	
Octubre	205	139	344	
	59,6%	40,4%	100%	
Noviembre	202	128	330	
	61,2%	38,8%	100%	
Diciembre	133	117	250	
	53,2%	46,8%	100%	
Total	2405	1703	4108	
	58,5%	41,5%	100%	

$$\chi^2 = 11,680$$

p: 0,388

4.2.23. Distribución del mes según la edad

	E D A D (AÑOS)								TOTAL
	< 1	1	2	3	4	5	6	7	
Enero	28	59	39	32	22	31	22	23	256
	10,9%	23,1%	15,2%	12,5%	8,6%	12,1%	8,6%	9,0%	100%
Febrero	22	39	50	42	32	23	21	28	257
	8,6%	15,2%	19,5%	16,3%	12,5%	8,9%	8,2%	10,8%	100%
Marzo	20	66	63	37	43	33	35	36	333
	6,0%	19,8%	18,9%	11,1%	12,9%	9,9%	10,5%	10,9%	100%

M E S	Abril	23 6,6%	59 17,1%	54 15,6%	49 14,2%	55 15,9%	43 12,4%	37 10,7%	26 7,5%	346 100%
	Mayo	27 6,8%	70 17,8%	63 16,0%	56 14,2%	46 11,7%	45 11,4%	50 12,7%	37 9,4%	394 100%
	Junio	27 7,6%	61 17,1%	59 16,6%	62 17,4%	45 12,6%	39 11,0%	42 11,8%	21 5,9%	356 100%
	Julio	23 5,9%	59 15,2%	69 17,8%	47 12,1%	45 11,6%	58 14,9%	53 13,7%	34 8,8%	388 100%
	Agosto	38 8,5%	100 22,3%	74 16,5%	66 14,7%	44 9,8%	48 10,7%	36 8,0%	43 9,5%	449 100%
	Septiembre	33 8,1%	102 25,2%	56 13,8%	45 11,1%	49 12,1%	48 11,9%	47 11,6%	25 6,2%	405 100%
	Octubre	28 8,1%	67 19,5%	59 17,2%	57 16,6%	44 12,8%	39 11,3%	24 7,0%	26 7,5%	344 100%
	Noviembre	22 6,7%	80 24,2%	51 15,5%	48 14,5%	47 14,2%	39 11,8%	26 7,9%	17 5,2%	330 100%
	Diciembre	21 8,4%	37 14,8%	57 22,8%	39 15,6%	29 11,6%	23 9,2%	25 10,0%	19 7,6%	250 100%
	Total	312 7,6%	799 19,4%	694 16,9%	580 14,1%	501 12,2%	469 11,4%	418 10,2%	335 8,2%	4108 100%

$$\chi^2 = 109,247$$

$$p: 0,009$$

4.2.24. Distribución del mes según el grupo de edad

	GRUPO E D A D				Total
	Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	
Enero	1 0,4%	55 21,5%	102 39,8%	98 38,3%	256 100%
Febrero		42 16,3%	111 43,2%	104 40,5%	257 100%
Marzo		54 16,2%	132 39,7%	147 44,1%	333 100%
Abril		53 15,3%	132 38,2%	161 46,5%	346 100%
Mayo	1 0,3%	57 14,5%	158 40,1%	178 45,1%	394 100%

M E S	Junio	1 0,3%	50 14,0%	158 44,4%	147 41,3%	356 100%
	Julio		57 14,7%	141 36,3%	190 49,0%	388 100%
	Agosto		83 18,5%	195 43,4%	171 38,1%	449 100%
	Septiembre		80 19,8%	156 38,5%	169 41,7%	405 100%
	Octubre		65 18,9%	146 42,4%	133 38,7%	344 100%
	Noviembre	3 0,9%	62 18,8%	136 41,2%	129 39,1%	330 100%
	Diciembre	1 0,4%	38 15,2%	115 46,0%	96 38,4%	250 100%
	Total	7 0,2%	696 17,0%	1682 40,9%	1723 41,9%	4108 100%

$$\chi^2 = 49,190$$

$$p: 0,035$$

4.2.25. Distribución del mes según etiología de la lesión

		ETIOLOGÍA				
		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
M E S	Enero	236 92,1%	15 5,9%	3 1,2%	2 0,8%	256 100%
	Febrero	237 92,2%	11 4,3%	5 1,9%	4 1,6%	257 100%
	Marzo	307 92,2%	16 4,8%	9 2,7%	1 0,3%	333 100%
	Abril	312 90,2%	24 6,9%	9 2,6%	1 0,3%	346 100%
	Mayo	355 90,1%	30 7,6%	8 2,0%	1 0,3%	394 100%
	Junio	311 87,4%	31 8,7%	10 2,8%	4 1,1%	356 100%
	Julio	354 91,2%	25 6,5%	7 1,8%	2 0,5%	388 100%
	Agosto	404 90,0%	39 8,6%	3 0,7%	3 0,7%	449 100%

	Septiembre	362 89,4%	29 7,2%	11 2,7%	3 0,7%	405 100%
	Octubre	321 93,3%	16 4,7%	5 1,4%	2 0,6%	344 100%
	Noviembre	313 94,9%	12 3,6%	4 1,2%	1 0,3%	330 100%
	Diciembre	243 97,2%	3 1,2%	2 0,8%	2 0,8%	250 100%
	Total	3755 91,4%	251 6,1%	76 1,9%	26 0,6%	4108 100%

$$\chi^2 = 51,065$$

$$p: 0,023$$

4.2.26. Distribución del mes según el diagnóstico clínico

		DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
		Traumatismo único	Cuerpo extraño	Picadura	Intoxicación
M E S	Enero	192 75,0%	10 3,9%	10 3,9%	16 6,2%
	Febrero	207 80,5%	10 3,9%	3 1,2%	19 7,4%
	Marzo	249 74,8%	31 9,3%	13 3,9%	23 6,9%
	Abril	268 77,5%	30 8,7%	15 4,3%	14 4,0%
	Mayo	305 77,4%	29 7,3%	25 6,3%	14 3,6%
	Junio	269 75,5%	18 5,1%	27 7,6%	21 5,9%
	Julio	311 80,2%	24 6,2%	22 5,7%	11 2,8%
	Agosto	353 78,7%	26 5,8%	33 7,3%	20 4,5%
	Septiembre	314 77,5%	32 7,9%	24 5,9%	13 3,2%
	Octubre	279 81,1%	22 6,4%	11 3,2%	14 4,0%

		281	22	9	8
	Noviembre	85,2%	6,7%	2,7%	2,4%
		213	18	2	12
	Diciembre	85,2%	7,2%	0,8%	4,8%
		3241	272	194	185
	Total	78,9%	6,6%	4,7%	4,5%

4.2.26. Distribución del mes según el diagnóstico (Continuación)

		DIAGNÓSTICO CLÍNICO				
		Traumatismo múltiple	Otros	Sin lesiones	No consta	Total
M E S	Quemadura					
	10		3	1	14	256
	3,9%		1,2%	0,4%	5,5%	100%
	10	4	2	2		257
	3,9%	1,5%	0,8%	0,8%		100%
	3	4	4	1	5	333
	0,9%	1,2%	1,2%	0,3%	1,5%	100%
	5	3		4	7	346
	1,4%	0,9%		1,2%	2,0%	100%
	12	1		1	7	394
	3,0%	0,3%		0,3%	1,8%	100%
	11	4	1	3	2	356
3,1%	1,1%	0,3%	0,8%	0,6%	100%	
7	6	1	4	2	388	
1,8%	1,5%	0,3%	1,0%	0,5%	100%	
9	5		2	1	449	
2,0%	1,1%		0,4%	0,2%	100%	
10	8		4		405	
2,5%	2,0%		1,0%		100%	
7	4		5	2	344	
2,0%	1,2%		1,5%	0,6%	100%	
7	1		1	1	330	
2,1%	0,3%		0,3%	0,3%	100%	

	3 1,2%			2 0,8%		250 100%
	94 2,3%	40 1,0%	11 0,3%	30 0,7%	41 1,0%	4108 100%

4.2.27. Distribución del mes según el ingreso hospitalario (Gráfico 23)

		INGRESO HOSPITALARIO			
		Si	No	Total	
M	Enero	8 3,1%	248 96,9%	256 100%	
	Febrero	11 4,3%	246 95,7%	257 6,3%	
	Marzo	25 7,5%	308 92,5%	333 100%	
	Abril	18 5,2%	328 94,8%	346 100%	
	Mayo	17 4,3%	377 95,7%	394 100%	
	Junio	19 5,3%	337 94,7%	356 100%	
	E	Julio	20 5,2%	368 94,8%	388 100%
	S	Agosto	26 5,8%	423 94,2%	449 100%
	Septiembre	19 4,7%	386 95,3%	405 100%	
	Octubre	15 4,4%	329 95,6%	344 100%	
	Noviembre	12 3,6%	318 96,4%	330 100%	
	Diciembre	7 2,8%	243 97,2%	250 100%	
	Total	197 4,8%	3911 95,2%	4108 100%	

$\chi^2 = 12,020$

p: 0,362



Mes-Ingreso

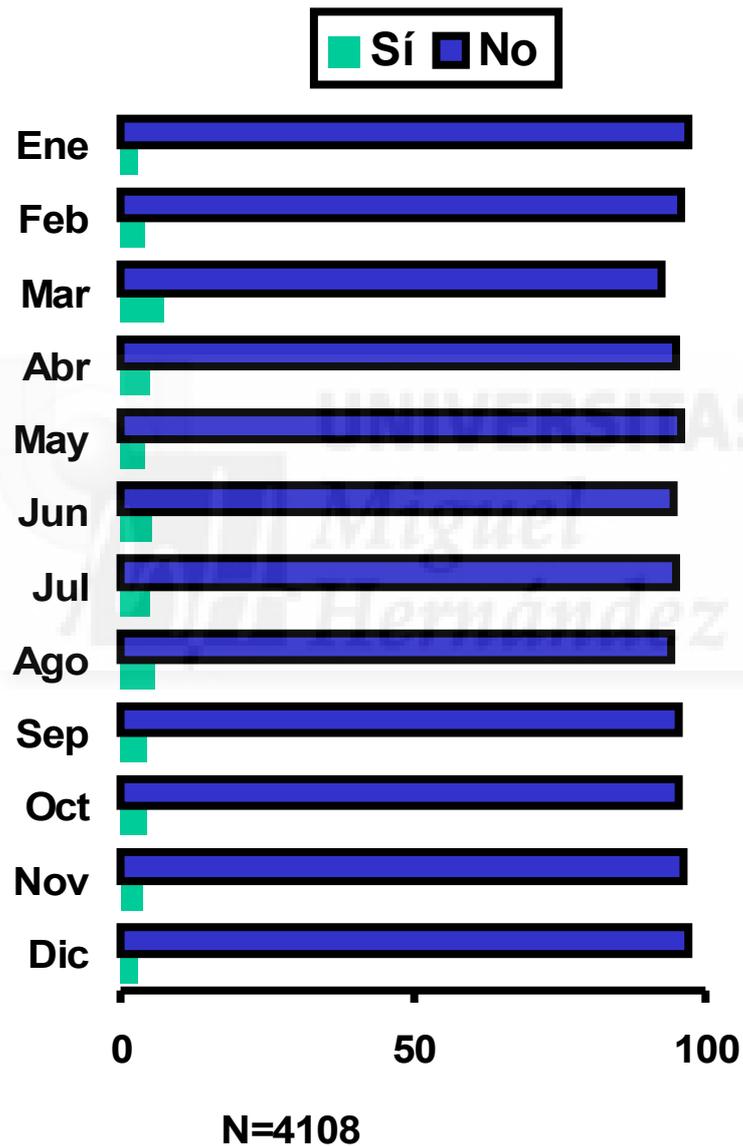


GRÁFICO 23

4.2.28. Distribución del día según el sexo

		SEXO		
		Niños	Niñas	Total
D I A	Lunes	311 56,8%	237 43,2%	548 100%
	Martes	344 59,4%	235 40,6%	579 100%
	Miércoles	300 54,6%	249 45,4%	549 100%
	Jueves	346 59,5%	236 40,5%	582 100%
	Viernes	336 60,6%	218 39,4%	554 100%
	Sábado	377 59,2%	260 40,8%	637 100%
	Domingo	391 59,3%	268 40,7%	659 100%
	Total	2405 58,5%	1703 41,5%	4108 100%

$$\chi^2 = 5,830$$

$$p: 0,445$$

4.2.29. Distribución día de la semana según el grupo de edad

GRUPO EDAD						
	Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total	
D í A	1	82	214	251	548	
	Lunes	0,2%	15,0%	39,0%	45,8%	100%
	1	114	227	237	579	
	Martes	0,2%	19,7%	39,2%	40,9%	100%
		92	227	230	549	
	Miércoles		16,8%	41,3%	41,9%	100%
	1	108	239	234	582	
	Jueves	0,2%	18,6%	41,0%	40,2%	100%
		82	228	244	554	
	Viernes		14,8%	41,2%	44,0%	100%
	2	121	276	238	637	
Sábado	0,3%	19,0%	43,3%	37,4%	100%	
	2	97	271	269	659	
Domingo	0,3%	14,7%	41,1%	43,9%	100%	
	7	696	1682	1723	4108	
Total	0,2%	17,0%	40,9%	41,9%	100%	

$$\chi^2 = 21,773$$

$$p: 0,242$$

4.2.30. Distribución día de la semana según la etiología de la lesión

		ETIOLOGÍA				
		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
D í A	Lunes	500 91,3 %	34 6,2%	10 1,8%	4 0,7%	548 100%
	Martes	533 92,0%	30 5,2%	12 2,1%	4 0,7%	579 100%
	Miércoles	509 92,7%	27 4,9%	8 1,5%	5 0,9%	549 100%
	Jueves	527 90,6%	33 5,7%	16 2,7%	6 1,0%	582 100%
	Viernes	519 93,7%	26 4,7%	7 1,2%	2 0,4%	554 100%
	Sábado	580 91,1%	42 6,6%	13 2,0%	2 0,3%	637 100%
	Domingo	587 89,1%	59 9,0%	10 1,5%	3 0,4%	659 100%
	Total	3755 91,4%	251 6,1%	76 1,9%	26 0,6%	4108 100%

$$\chi^2 = 22,095$$

$$p: 0,194$$

4.2.31. Distribución del día de la semana según ingreso hospitalario

INGRESO HOSPITAL

		Sí	No	Total
D Í A	Lunes	27 4,9%	521 95,1%	548 100%
	Martes	28 4,8%	551 95,2%	579 100%
	Miércoles	31 5,6%	518 94,4%	549 100%
	Jueves	23 4,0%	559 96,0%	582 100%
	Viernes	27 4,9%	527 95,1%	554 100%
	Sábado	39 6,1%	598 93,9%	637 100%
	Domingo	22 3,3%	637 96,7%	659 100%
	Total	197 4,8%	3911 95,2%	4108 100%

$$\chi^2 = 7,330$$

$$p: 0,291$$

4.2.32. Distribución de la hora de asistencia según el sexo

		SEXO		
		Niños	Niñas	Total
H O R A	00:00-07:59	147 60,2%	97 39,8%	244 100%
	08:00-15:59	744 55,6%	594 44,4%	1338 100%
	16:00-23:59	1514 59,9%	1012 40,1%	2526 100%
		2405	1703	4108
	Total	58,5%	41,5%	100%

$$\chi^2 = 7,071$$

$$p: 0,029$$



4.2.33. Distribución del intervalo horario de asistencia según la edad

HORA INTERVALO					
		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
E	< 1 año	23 9,4%	130 9,7%	159 6,3%	312 7,6%
	1 año	35 14,3%	277 20,7%	487 19,3%	799 19,4%
	2 años	47 19,3%	241 18,0%	406 16,1%	694 16,9%
D	3 años	39 16,0%	160 12,0%	381 15,1%	580 14,1%
	4 años	29 11,9%	153 11,4%	319 12,6%	501 12,2%
A	5 años	24 9,8%	144 10,8%	301 11,9%	469 11,4%
	6 años	24 9,8%	133 9,9%	261 10,3%	418 10,2%
D	7 años	23 9,4%	100 7,5%	212 8,4%	335 8,2%
	Total	244 100%	1338 100%	2526 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 32,723$$

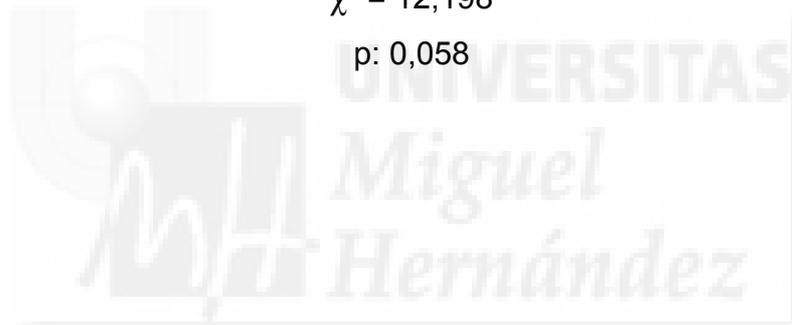
$$p: 0,003$$

4.2.34. Distribución del intervalo horario de asistencia según la etiología de la lesión

HORA INTERVALO					
E T I O L O G í A		0-7 h	8-15 h	16-23	TOTAL
		217	1206	2332	3755
	Casual	88,9%	90,1%	92,3%	91,4%
		17	91	143	251
	Animal	7,0%	6,8%	5,7%	6,1%
	Accidente	7	34	35	76
	tráfico	2,9%	2,6%	1,4%	1,9%
	Otras causas	3	7	16	26
	1,2%	0,5%	0,6%	0,6%	
	244	1338	2526	4108	
Total	100%	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 12,198$$

$$p: 0,058$$



4.2.35. Distribución del intervalo horario según el diagnóstico clínico

HORA INTERVALO					
D I A G N Ó S T I C O		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
	Traumatismo único	179 73,4%	1037 77,5%	2025 80,2%	3241 78,9%
	Cuerpo extraño	18 7,4%	87 6,5%	167 6,6%	272 6,6%
	Picadura	14 5,7%	68 5,1%	112 4,4%	194 4,7%
	Intoxicación	19 7,8%	72 5,4%	94 3,7%	185 4,5%
	Quemadura	3 1,2%	33 2,5%	58 2,3%	94 2,3%
	Traumatismo múltiple	7 2,9%	13 1,0%	20 0,8%	40 1,0%
	Otros	1 0,4%	2 0,1%	8 0,3%	11 0,3%
	Sin lesión	1 0,4%	12 0,9%	17 0,7%	30 0,7%
	No Consta	2 0,8%	14 1,0%	25 1,0	41 1,0%
	Total	244 100%	1338 100%	2526 100%	4108 100%

4.2.36. Distribución del intervalo horario según el día laborable / festivo

(Gráfico 24)

LABORABLE- FESTIVO				
	Laborable	Festivo	Total	
H O R A	176	68	244	
	00:00-07:59	72,1%	27,9%	100%
	1067	271	1338	
	08:00-15:59	79,7%	20,3%	100%
	2060	466	2526	
	16:00-23:59	81,6%	18,4%	100%
	3303	805	4108	
Total	80,4%	19,6%	100%	

$$\chi^2 = 13,079$$

$$p: 0,001$$

Hora-Día Lab/Fes

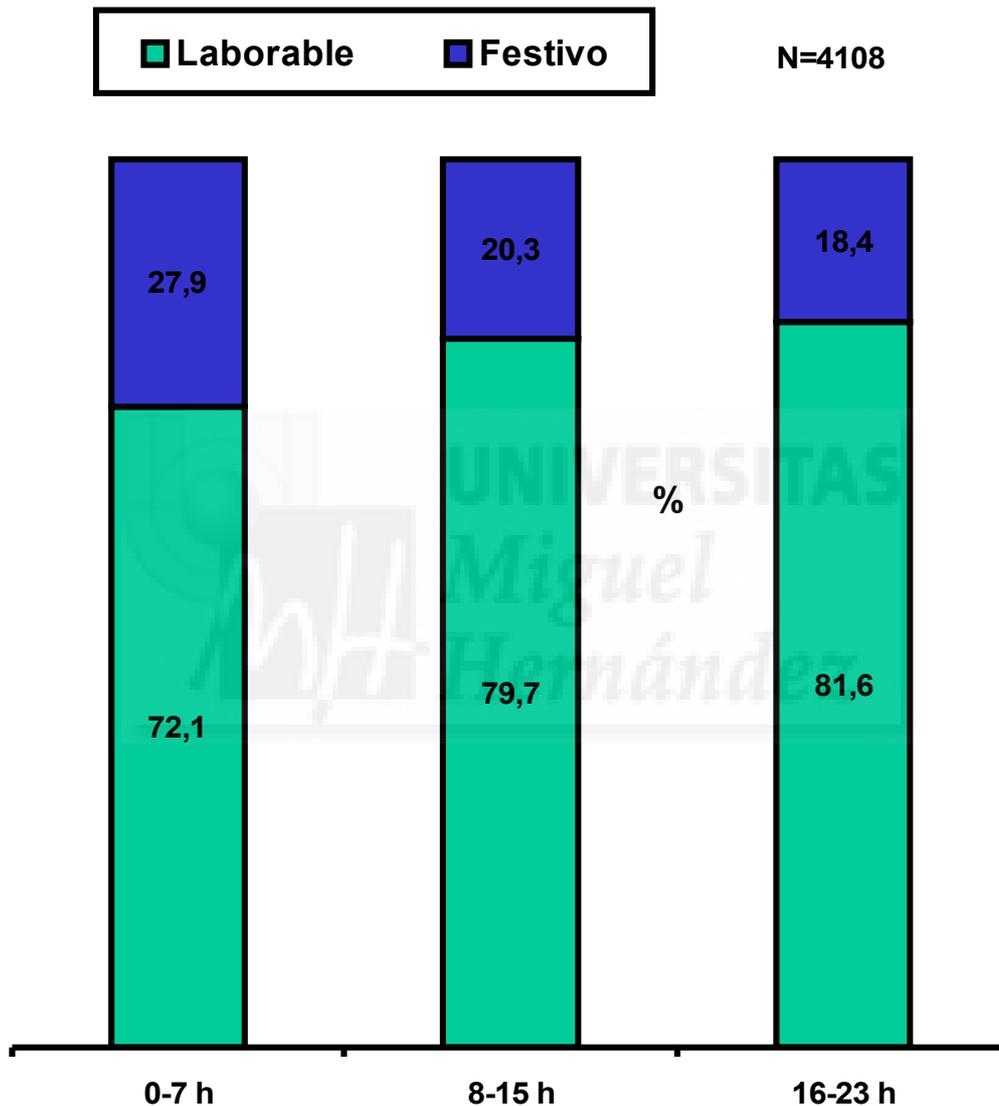


GRÁFICO 24

4.2.37. Distribución del intervalo horario de asistencia según el ingreso hospitalario (Gráfico 25)

INGRESO HOSPITALARIO				
		Si	No	Total
H O R A S	00:00-07:59	39 16,0%	205 84%	244 100%
	08:00-15:59	53 4,0%	1285 96,0%	1338 100%
	16:00-23:59	105 4,2%	2421 95,8%	2526 100%
	Total	197 4,8%	3911 95,2%	4108 100%



Hora-Ingreso

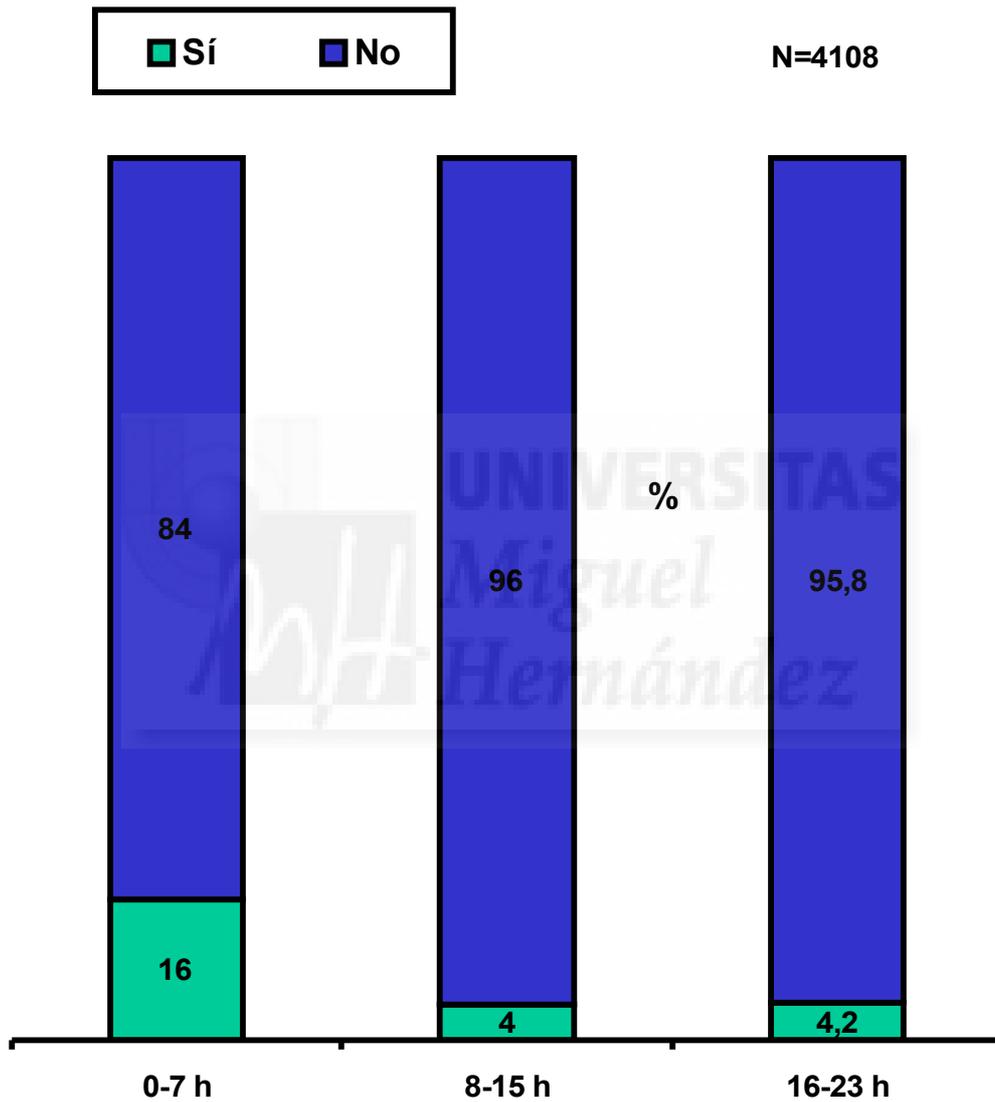


GRÁFICO 25

4.2.38. Distribución de la etiología según el sexo

E T I O L O G Í A	S E X O		
		Niño	Niña
Accidente	2206	1549	3755
casual	58,7%	41,3%	100%
Producida	140	111	251
animales	55,8%	44,2%	100%
Accidente	44	32	76
tráfico	57,9%	42,1%	100%
Otras	15	11	26
causas	57,7%	42,3%	100%
	2405	1703	4108
Total	58,5%	41,5%	100%

$$\chi^2 = 0,877$$

$$p: 0,831$$

4.2.39. Distribución de la etiología según la edad

ETIOLOGÍA						
E D A D		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
	< 1 año	279 7,4%	25 10,0%	2 2,6%	6 23,1%	312 7,6%
	1 año	742 19,8%	51 20,3%	6 7,9%		799 19,4%
	2 años	648 17,3%	39 15,5%	5 6,6%	2 7,7%	694 16,9%
	3 años	530 14,1%	35 13,9%	12 15,8%	3 11,5%	580 14,1%
	4 años	442 11,8%	42 16,7%	14 18,4%	3 11,5%	501 12,2%
	5 años	425 11,3%	23 9,2%	18 23,7%	3 11,5%	469 11,4%
	6 años	377 10,0%	22 8,8%	14 18,4%	5 19,2%	418 10,2%
	7 años	312 8,3%	14 5,6%	5 6,6%	4 15,4%	335 8,2%
	Total	3755 100%	251 100%	76 100%	26 100%	4108 100%

4.2.40. Distribución de la etiología según el grupo de edad

ETIOLOGIA						
G R U P O E D A D		Casual	Animal	Tráfico	Otras	Total
		6			1	7
	Neonatos	0,2%			3,8%	0,2%
		637	49	5	5	696
	Lactantes	17,0%	19,6%	6,6%	19,2%	16,9%
		1556	101	20	5	1682
	Preescolar	41,4%	40,2%	26,3%	19,2%	40,9%
	1556	101	51	15	1723	
Escolar	41,4%	40,2%	67,1%	57,7%	42,0%	
	3755	251	76	26	4108	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	



4.2.41. Distribución de la etiología de la lesión según el ingreso hospitalario (Gráfico 26)

E T I O L O G Í A	INGRESO HOSPITAL			
		Si	No	Total
Accidente casual	162	3593	3755	100%
Producida animales	6	245	251	100%
Accidente tráfico	22	54	76	100%
Otras causas	7	19	26	100%
	197	3911	4108	
Total	4,8%	95,2%		100%



Etiología-Ingreso

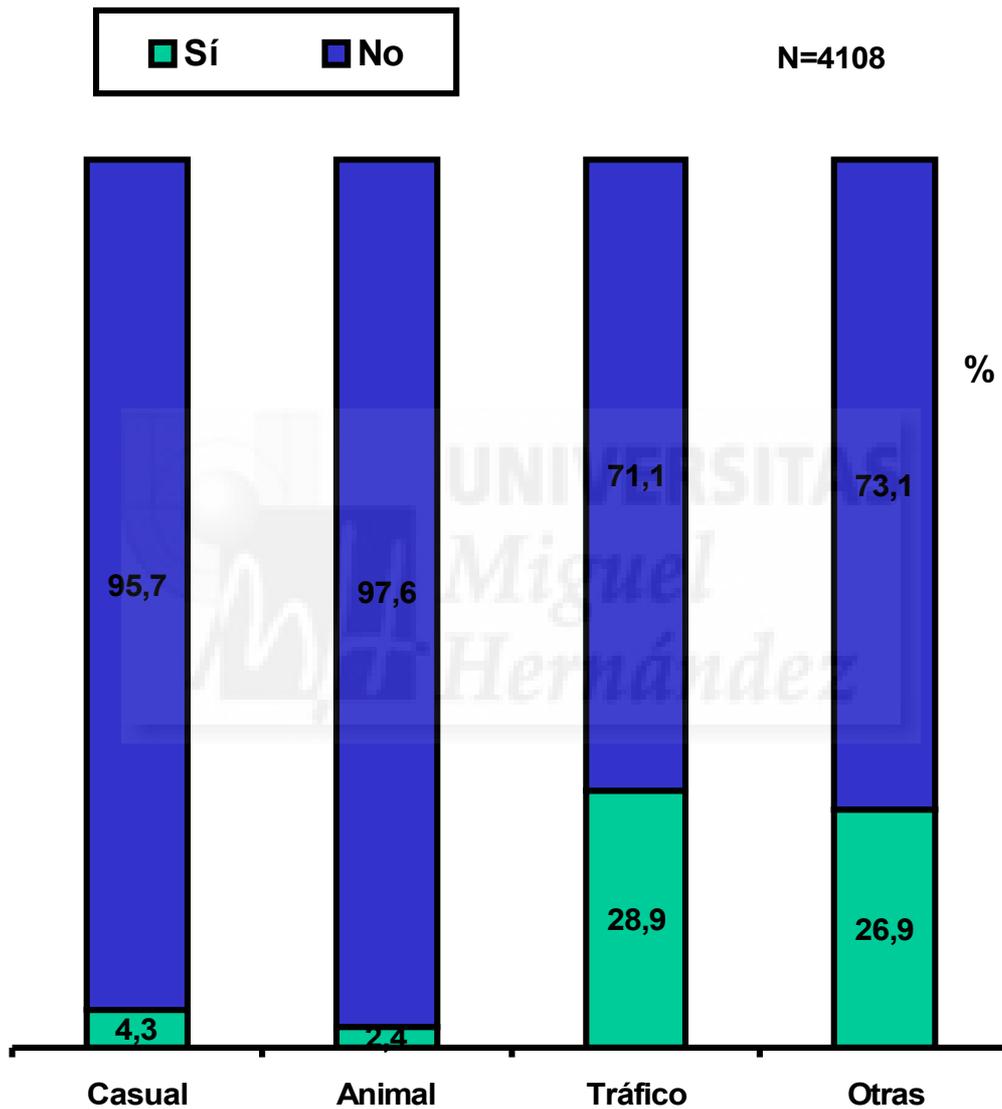


GRÁFICO 26

4.2.42. Distribución del diagnóstico clínico según el sexo

	SEXO			
	Niño	Niña	Total	
D I A G N O S T I C O	Traumatismo único	1917 59,1%	1324 40,9%	3241 100%
	Cuerpo extraño	137 50,4%	135 49,6%	272 100%
	Picadura	106 54,6%	88 45,4%	194 100%
	Intoxicación	108 58,4%	77 41,6%	185 100%
	Quemadura	57 60,6%	37 39,4%	94 100%
	Traumatismo múltiple	28 70,0%	12 30,0%	40 100%
	Otros	8 72,7%	13 27,3%	11 100%
	Sin lesión	16 53,3%	14 46,7%	30 100%
	No consta	28 68,3%	13 31,7%	41 100%
	Total	2405 58,5%	1703 41,5%	4108 100%

$$\chi^2 = 14,387$$

$$p : 0,072$$

4.2.43. Distribución del diagnóstico clínico según edad

		E D A D (años)								
		< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
D I A G N O S T I C O	Traumatismo	242	592	516	450	391	391	364	295	3241
	único	7,5%	18,2%	15,9%	13,9%	12,1%	12,1%	11,2%	9,1%	100%
	Cuerpo	15	46	59	53	41	24	16	18	272
	extraño	5,5%	16,9%	21,7%	19,5%	15,1%	8,8%	5,9%	6,6%	100%
	Picadura	25	45	33	27	28	16	15	5	194
	Intoxicación	11	61	55	22	17	10	6	3	185
	Intoxicación	6,0%	33,0%	29,7%	11,9%	9,2%	5,4%	3,2%	1,6%	100%
	Quemadura	6	31	19	15	7	5	6	5	94
	Quemadura	6,4%	33,0%	20,2%	16,0%	7,4%	5,3%	6,4%	5,3%	100%
	Traumatismo		3	2	6	8	11	7	3	40
	múltiple		7,5%	5,0%	15,0%	20,0%	27,5%	17,5%	7,5%	100%
	Otros	2	2	1	3	1	1		1	11
	Sin	18,2%	18,2%	9,1%	27,2%	9,1%	9,1%		9,1%	100%
	lesión	10	6	2	2	5	3	1	1	30
No	33,3%	20,0%	6,7%	6,7%	16,7%	10,0%	3,3%	3,3%	100%	
consta	1	13	7	2	3	8	3	4	41	
consta	2,4%	31,7%	17,1%	4,9%	7,3%	19,5%	7,3%	9,8%	100%	
Total	312	799	694	580	501	469	418	335	4108	
		7,6%	19,4%	16,9%	14,1%	12,2%	11,4%	10,2%	8,2%	100%

4.2.44. Distribución del diagnóstico clínico según el grupo de edad

		GRUPO EDAD				
		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
D I A G N O S T I C O	Traumatismo único	5 0,2%	526 16,2%	1269 39,2%	1441 44,4%	3241 100%
	Cuerpo extraño	1 0,4%	31 11,4%	141 51,8%	99 36,4%	272 100%
	Picadura		48 24,7%	82 42,3%	64 33,0%	194 100%
	Intoxicación		43 23,2%	106 57,3%	36 19,5%	185 100%
	Quemadura		26 27,7%	45 47,9%	23 24,4%	94 100%
	Traumatismo múltiple		2 5,0%	9 22,5%	29 72,5%	40 100%
	Otros	1 9,1%	1 9,1%	6 54,5%	3 27,3%	11 100%
	Sin lesión		13 43,4%	7 23,3%	10 33,3%	30 100%
	No consta		6 14,6%	17 41,5%	18 43,9%	41 100%
	Total	7 0,2%	696 16,9%	1682 40,9%	1723 42,0%	4108 100%

4.2.45. Distribución del diagnóstico clínico según el ingreso hospitalario

	INGRESO HOSPITAL			
	Sí	No	Total	
D I A G N Ó S T I C O	Traumatismo único	132 4,1%	3109 95,9%	3241 100%
	Cuerpo extraño	25 9,2%	247 90,8%	272 100%
	Picadura	1 0,5%	193 99,5%	194 100%
	Intoxicación	17 9,2%	168 90,8%	185 100%
	Quemadura	7 7,4%	87 92,6%	94 100%
	Traumatismo múltiple	10 25,0%	30 75,0%	40 100%
	Otros	5 45,5%	6 54,5%	11 100%
	Sin lesión		30 100%	30 100%
	No consta		41 100%	41 100%
	Total	197 4,8%	3911 95,2%	4108 100%

4.2.46. Distribución de la localización de la lesión según el sexo

(Gráfico 27)

	SEXO			Total
		Niño	Niña	
L O C A L I Z A C I Ó N	Cabeza	1054 62,7%	628 37,3%	1682 100%
	Tronco	54 53,5%	47 46,5%	101 100%
	Miembro superior	518 52,0%	479 48,0%	997 100%
	Miembro inferior	329 60,6%	214 39,4%	543 100%
	Lesiones múltiples	69 60,5%	45 39,5%	114 100%
	No consta	84 63,6%	48 36,4%	132 100%
	Total	2108 59,1%	1461 40,9%	3569 100%

$$\chi^2 = 32,922$$

$$p: 0,000$$

Localización-Sexo

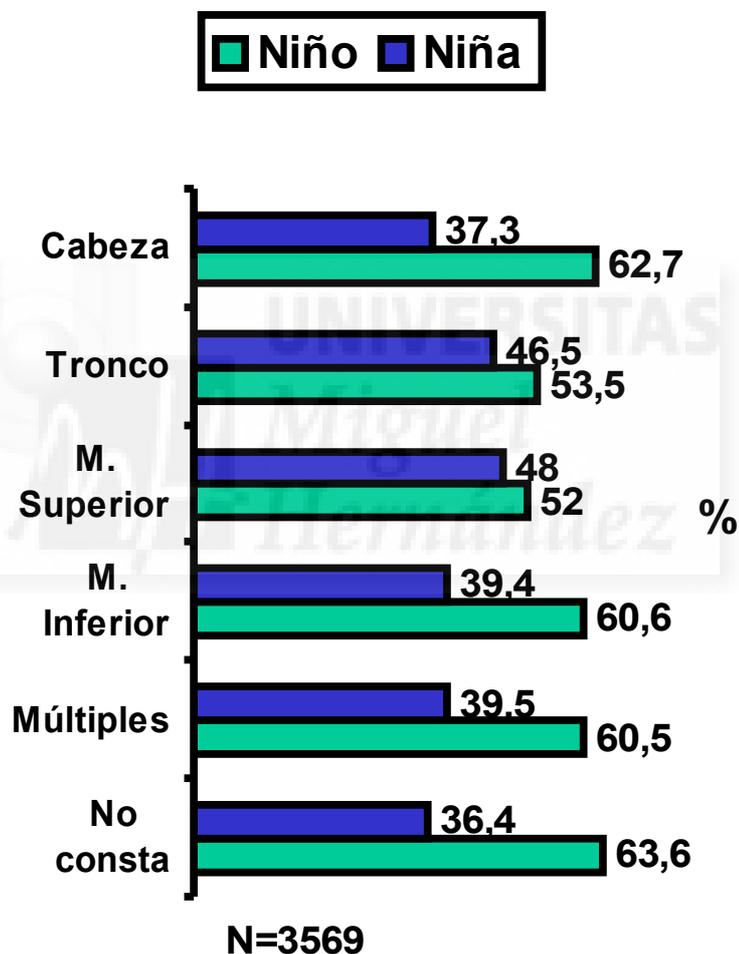


GRÁFICO 27

4.2.47. Distribución de la localización de la lesión según la edad

		E D A D (años)								
		< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
L O C A L I Z A C I Ó N	Cabeza	200 11,9%	343 20,4%	280 16,6%	245 14,6%	211 12,5%	183 10,9%	126 7,5%	94 5,6%	1682 100%
	Tronco	4 3,9%	7 6,9%	6 5,9%	14 13,9%	15 14,9%	22 21,8%	19 18,8%	14 13,9%	101 100%
	Miembro superior	41 4,1%	230 23,1%	177 17,8%	129 12,9%	97 9,8%	101 10,1%	120 12,0%	102 10,2%	997 100%
	Miembro inferior	7 1,3%	48 8,8%	71 13,1%	69 12,7%	71 13,1%	85 15,6%	103 19,0%	89 16,4%	543 100%
	Lesiones múltiples	9 7,9%	22 19,3%	17 14,9%	16 14,0%	17 14,9%	20 17,6%	9 7,9%	4 3,5%	114 100%
	No consta	12 9,1%	21 15,9%	19 14,4%	25 18,9%	23 17,4%	12 9,1%	15 11,4%	5 3,8%	132 100%
	Total	273 7,6%	671 18,8%	570 15,9%	498 14,0%	434 12,2%	423 11,9%	392 11,0%	308 8,6%	3569 100%

$$\chi^2 = 311,161$$

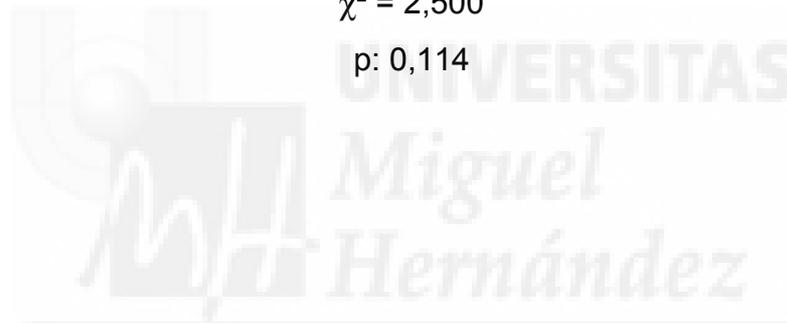
$$p: 0,000$$

4.2.48. Distribución del ingreso hospitalario según el sexo

INGRESO HOSPITAL				
S E X O		Sí	No	Total
	Niño	126 64,0%	2279 58,3%	2405 58,5%
	Niña	71 36,0%	1632 41,7%	1703 41,5%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 2,500$$

$$p: 0,114$$



4.2.49. Distribución del ingreso hospitalario según la edad

INGRESO HOSPITAL				
E D A D		Sí	No	Total
		19	293	312
	< 1 año	9,6%	7,5%	7,6%
		24	775	799
	1 año	12,2%	19,8%	19,4%
		27	667	694
	2 años	13,8%	17,1%	16,9%
		31	549	580
	3 años	15,7%	14,0%	14,1%
		28	473	501
	4 años	14,2%	12,1%	12,2%
		31	438	469
5 años	15,7%	11,2%	11,4%	
	30	388	418	
6 años	15,2%	9,9%	10,2%	
	7	328	335	
7 años	3,6%	8,4%	8,2%	
	197	3911	4108	
Total	100%	100%	100%	

4.2.50. Distribución del ingreso hospitalario según el grupo de edad

(Gráfico 28)

INGRESO HOSPITAL				
G R U P O	E D A D			Total
		Sí	No	
	Neonatos		7 0,2%	7 0,2%
	Lactantes	33 16,8%	663 17,0%	696 16,9%
	Preescolar	68 34,5%	1614 41,2%	1682 40,9%
	Escolar	96 48,7%	1627 41,6%	1723 42,0%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 4,718$$

$$p: 0,194$$

Ingreso-G.edad

■ Escolar ■ Preescolar ■ Lactantes ■ Neonatos

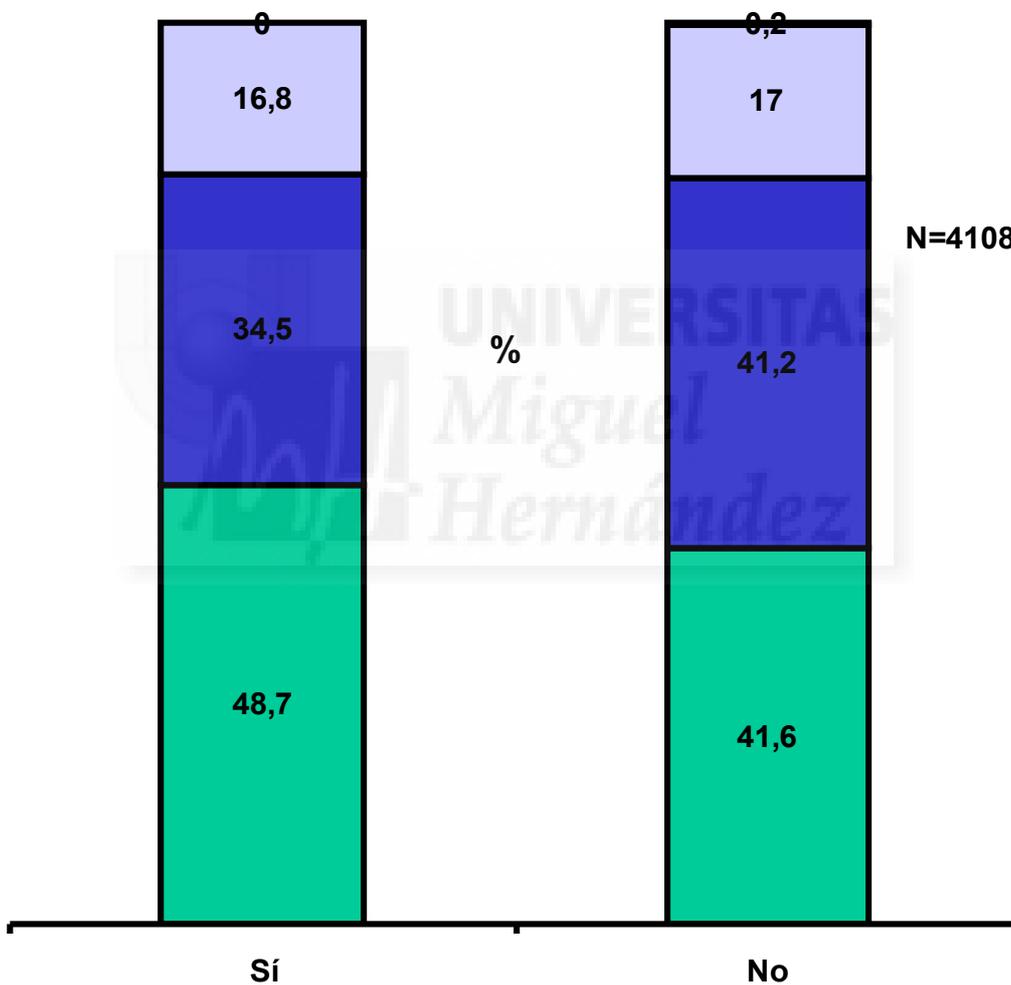


GRÁFICO 28

4.2.51. Distribución del ingreso hospitalario según el mes

		INGRESO HOSPITALARIO		
		Sí	No	Total
M E S	Enero	8 4,1%	248 6,3%	256 6,2%
	Febrero	11 5,6%	246 6,3%	257 6,3%
	Marzo	25 12,7%	308 7,9%	333 8,1%
	Abril	18 9,1%	328 8,4%	346 8,4%
	Mayo	17 8,6%	377 9,7%	394 9,6%
	Junio	19 9,6%	337 8,6%	356 8,7%
	Julio	20 10,2%	368 9,4%	388 9,4%
	Agosto	26 13,2%	423 10,8%	449 10,9%
	Septiembre	19 9,6%	386 9,9%	405 9,9%
	Octubre	15 7,6%	329 8,4%	344 8,4%
	Noviembre	12 6,1%	318 8,1%	330 8,0%
	Diciembre	7 3,6%	243 6,2%	250 6,1%
Total		197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 12,020$$

$$p: 0,362$$

4.2.52. Distribución del ingreso hospitalario según el día de la semana

INGRESO HOSPITAL				
	Sí	No	Total	
D I A	Lunes	27 13,7%	521 13,3%	548 13,3%
	Martes	28 14,2%	551 14,0%	579 14,1%
	Miércoles	31 15,7%	518 13,2%	549 13,4%
	Jueves	23 11,7%	559 14,3%	582 14,2%
	Viernes	27 13,7%	527 13,5%	554 13,5%
	Sábado	39 19,8%	598 15,4%	637 15,5%
	Domingo	22 11,2%	637 16,3%	659 16,0%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 7,330$$

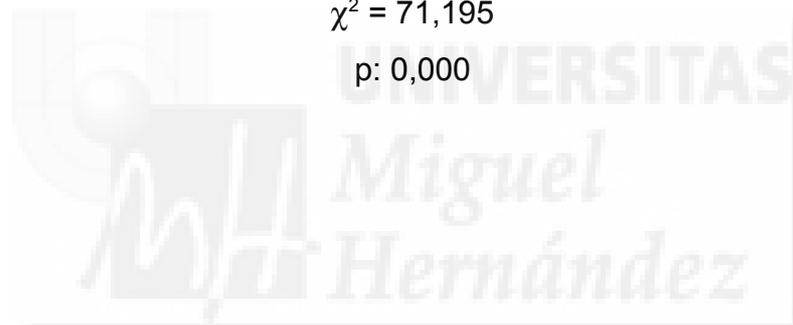
$$p: 0,291$$

4.2.53. Distribución del ingreso hospitalario según el intervalo horario

INGRESO HOSPITAL				
H O R A S		Sí	No	Total
	00:00-07:59	39 19,8%	205 5,2%	244 5,9%
	08:00-15:59	53 26,9%	1285 32,9%	1338 32,6%
	16:00-23:59	105 53,3%	2421 61,9%	2526 61,5%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 71,195$$

$$p: 0,000$$



4.2.54. Distribución del ingreso hospitalario según día Laborable/Festivo

INGRESO HOSPITAL				
D I A		Sí	No	Total
	Laborable	171 86,8%	3132 80,1%	3303 80,4%
	Festivo	26 13,2%	779 19,9%	805 19,6%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

$$\chi^2 = 5,376$$

$$p: 0,020$$



4.2.55. Distribución del ingreso hospitalario según etiología

INGRESO HOSPITAL				
E T I O L O G I A		Si	No	Total
	Accidente	162	3593	3755
	casual	82,2%	91,8%	91,4%
	Producida	6	245	251
	animales	3,0%	6,3%	6,1%
	Accidente	22	54	76
	tráfico	11,2%	1,4%	1,9%
	Otras	7	19	26
	causas	3,6%	0,5%	0,6%
Total	197	3911	4108	
	Total	100%	100%	100%



4.2.56. Distribución del ingreso hospitalario según diagnóstico clínico

INGRESO HOSPITAL				
D I A G N Ó S T I C O		Sí	No	Total
	Traumatismo único	132 67,0%	3109 79,5%	3241 78,9%
	Cuerpo extraño	25 12,7%	247 6,3%	272 6,6%
	Picadura	1 0,5%	193 4,9%	194 4,7%
	Intoxicación	17 8,6%	168 4,3%	185 4,5%
	Quemadura	7 3,6%	87 2,2%	94 2,3%
	Traumatismo múltiple	10 5,1%	30 0,8%	40 1,0%
	Otros	5 2,5%	36 1,0%	41 1,0%
	No consta		41 1,0%	41 1,0%
	Total	197 100%	3911 100%	4108 100%

4.3. ACCIDENTES CASUALES

4.3.1. TABLAS SIMPLES

4.3.1.1. Mecanismo accidental

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Caída	900	23,96%
Golpe objeto/persona	282	7,50%
Cuerpo extraño	271	7,21%
Envenenamiento/Intoxicación	182	4,84%
Aprisionado entre objetos	143	3,90%
Instrumento cortante/punzante	73	1,94%
Sustancia caliente/vapor	58	1,54%
Bicicleta	22	0,58%
Incendio	7	0,18%
Ahogamiento/Sumersión	6	0,15%
Saltar/Tirarse al agua	5	0,13%
Obstrucción respiratoria	4	0,10%
Corriente eléctrica	3	0,07%
Calor excesivo	3	0,07%
Material explosivo	2	0,05%
Exposición radiación	2	0,05%
Otros	11	0,29%
Accidente no especificado	1781	47,44%
Total	3755	100%

4.3.1.2. Diagnóstico clínico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo único	3121	83,1%
Cuerpo extraño	271	7,2%%
Intoxicación	184	4,9%
Quemadura	94	2,5%
Traumatismo múltiple	14	0,4%
Ahogo/Obstrucción	9	0,2%
Sin lesiones	23	0,7%
No consta	39	1,0%
Total	3755	100%



4.3.1.3. Tipo de traumatismo único

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Herida	878	28,1%
T.C.E.	565	18,1%
Contusión	551	17,6%
Luxación	271	8,7%
Fractura	255	8,2%
Esguince/Torcedura	158	5,1%
Aplastamiento	119	3,8%
Erosión	44	1,4%
Rotura dental	11	0,4%
Amputación	6	0,2%
Sin lesiones	8	0,3%
No consta	255	8,1%
Total	3121	100%

4.3.1.4. Localización de la lesión

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	1572	48,7%
Tronco	88	2,7%
Miembro superior	964	29,9%
Miembro inferior	502	15,5%
Lesiones múltiples	38	1,2%
No consta	65	2,0%
Total	3229	100%

4.3.1.5. Destino (Gráfico 29)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	3581	95,4%
Hospital	162	4,3%
Fugado	12	0,3%
Total	3755	100%

Ingreso hospital

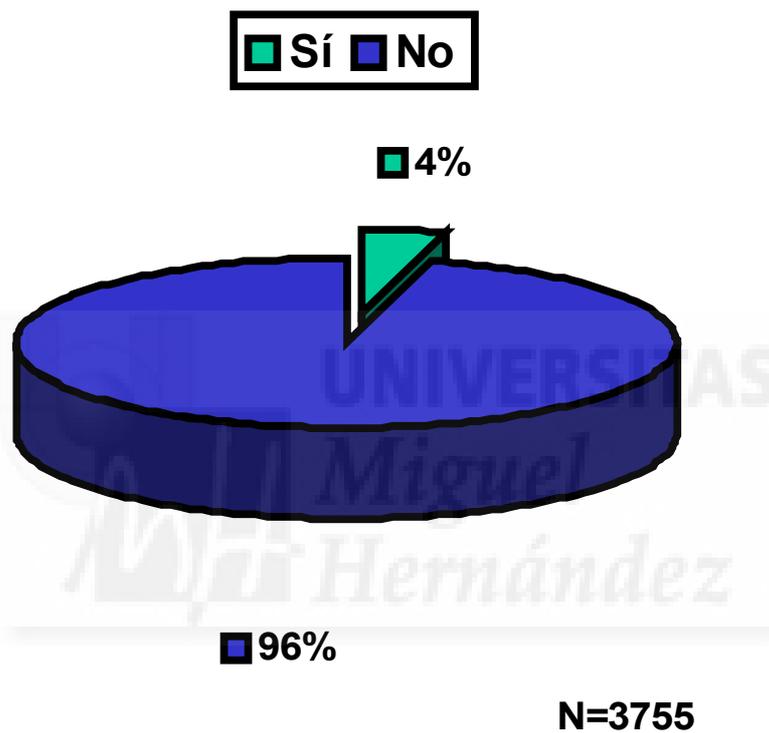


GRÁFICO 29

4.3.2. CAÍDAS

4.3.2.1. TABLAS SIMPLES

4.3.2.1.1. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	524	58,2%
Niñas	376	41,8%
Total	900	100%



4.3.2.1.2. Edad (Gráfico 30)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	128	14,2%
1 año	172	19,1%
2 años	115	12,8%
3 años	105	11,7%
4 años	89	9,9%
5 años	104	11,6%
6 años	112	12,4%
7 años	75	8,3%
Total	900	100%

4.3.2.1.3. Grupo de edad.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	1	0,1%
Lactantes	227	25,2%
Preescolar	292	32,4%
Escolar	380	42,3%
Total	900	100%

Edad

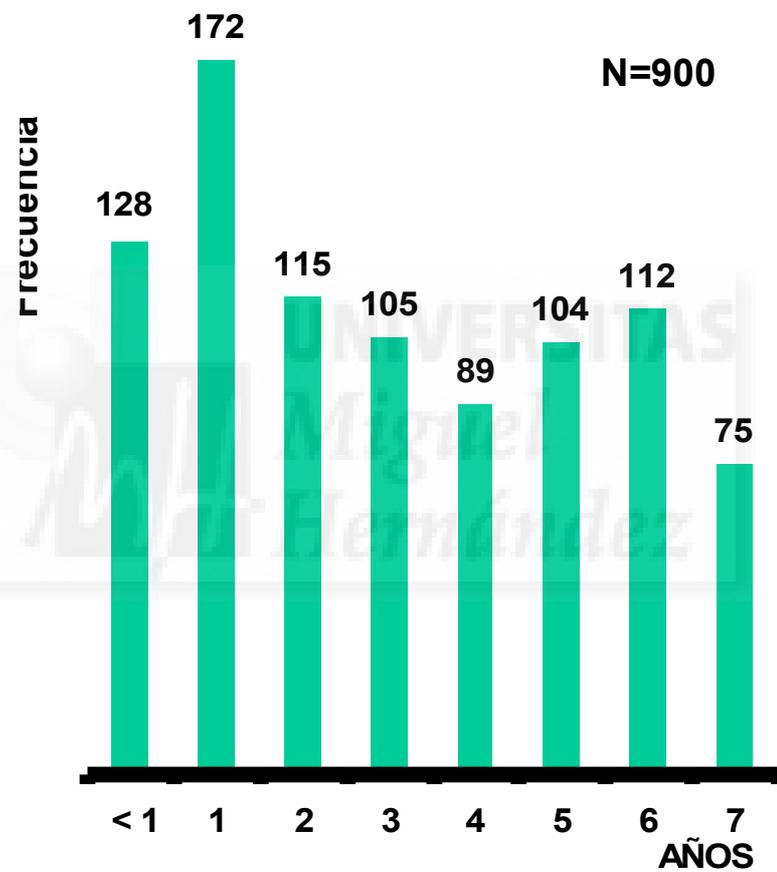
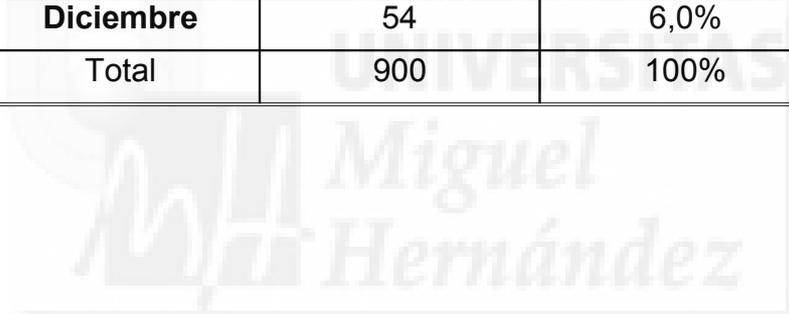


GRÁFICO 30

4.3.2.1.4. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	39	4,3%
Febrero	44	4,8%
Marzo	52	5,8%
Abril	60	6,7%
Mayo	91	10,1%
Junio	77	8,6%
Julio	93	10,3%
Agosto	124	13,8%
Septiembre	104	11,6%
Octubre	84	9,3%
Noviembre	78	8,7%
Diciembre	54	6,0%
Total	900	100%



4.3.2.1.5. Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	114	12,7%
Martes	113	12,6%
Miércoles	147	16,3%
Jueves	139	15,4%
Viernes	122	13,6%
Sábado	142	15,7%
Domingo	123	13,7%
Total	900	100%

4.3.2.1.6. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	750	83,3%
Festivo	150	16,7%
Total	900	100%

4.3.2.1.7. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	28	3,1%
01	13	1,4%
02	6	0,7%
03	7	0,8%
04	3	0,3%
05	3	0,3%
06	1	0,1%
07	-	-
08	9	1,0 %
09	9	1,0%
10	21	2,3%
11	41	4,6%
12	53	5,9%
13	57	6,3 %
14	51	5,7%
15	34	3,8%
16	53	5,9%
17	46	5,1%
18	76	8,4%
19	95	10,6%
20	95	10,6%
21	93	10,3%
22	72	8,0%
23	34	3,8%
Total	900	100%

4.3.2.1.8. Hora por intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	61	6,8%
08:00-15:59 horas	275	30,5%
16:00-23:59 horas	564	62,7%
Total	900	100%

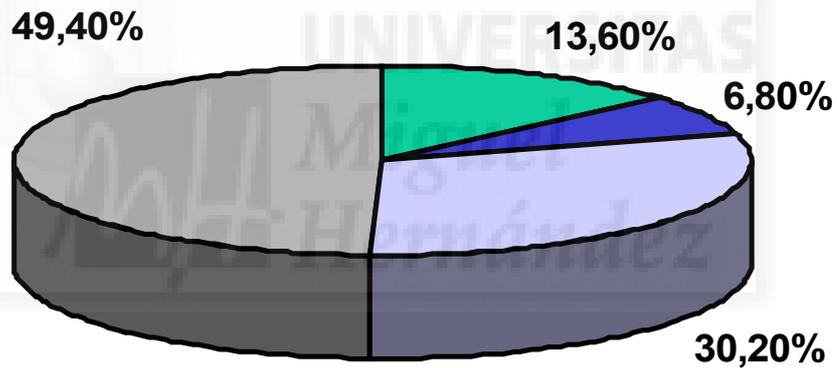
4.3.2.1.9. Mecanismo accidental de la caída (Gráfico 31)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mismo nivel	445	49,4%
Distinto nivel	272	30,2%
Escaleras	61	6,8%
No especificada	122	13,6%
Total	900	100%

Caídas

■ No consta ■ Escaleras
■ Distinto nivel ■ Mismo nivel

%



N=900

GRÁFICO 31

4.3.2.1.10. Diagnóstico clínico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo único	873	97,0%
Traumatismo múltiple	10	1,1%
Sin lesiones	16	1,8%
No consta	1	0,1%
Total	900	100%

4.3.2.1.11. Tipo de traumatismo único

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T.C.E.	294	32,7%
Contusión	188	20,9%
Fractura	143	15,9%
Herida	135	15,0%
Esguince/Torcedura	38	4,2%
Pronación dolorosa	16	1,8%
Rotura dental	1	0,1%
Sin lesión	18	2,0%
No consta	67	7,4%
Total	900	100%

4.3.2.1.12. Destino

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	855	95,8%
Hospital	44	4,9%
Fugado	1	0,1%
Total	900	100%

4.3.2.1.13. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	8	18,2%
2	15	34,0%
3	11	25,0%
4	2	4,5%
5	3	6,8%
6	1	2,3%
9	1	2,3%
11	1	2,3%
32	1	2,3%
38	1	2,3%
Total	44	100%

4.3.2.1.14. Localización de la lesión (Gráfico 32)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	502	57,0%%
Tronco	33	3,7%
Miembro superior	211	24,0%
Miembro inferior	112	12,7%
Lesiones múltiples	11	1,2%
No consta	13	1,4%
Total	882	100%



Localización lesión

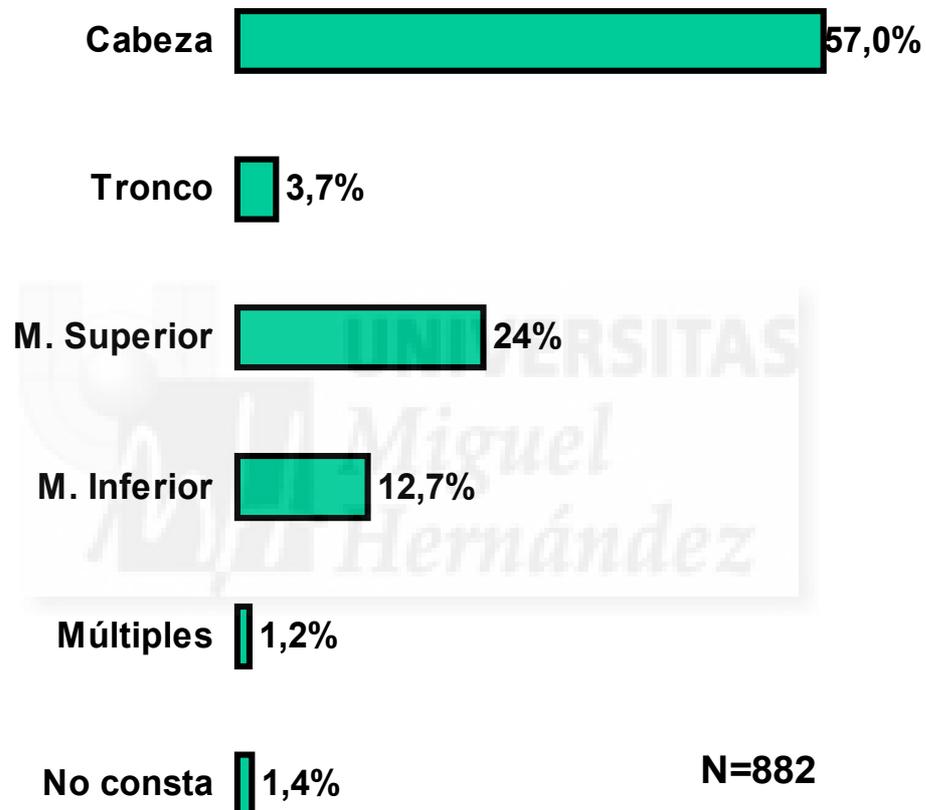


GRÁFICO 32

4.3.2.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.3.2.2.1. Distribución del sexo según la edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	67 12,8%	61 16,2%	128 14,2%
	1 año	97 18,5%	75 20,0 %	172 19,1%
	2 años	63 12,0%	52 13,8%	115 12,8%
	3 años	67 12,8%	38 10,1%	105 11,7%
	4 años	54 10,3%	35 9,3%	89 9,9%
	5 años	68 13,0%	36 9,6%	104 11,6%
	6 años	67 12,8%	45 12,0%	112 12,4%
	7 años	41 7,8%	34 9,0%	75 8,3%
	Total	524 100%	376 100%	900 100%

$$\chi^2 = 6,882$$

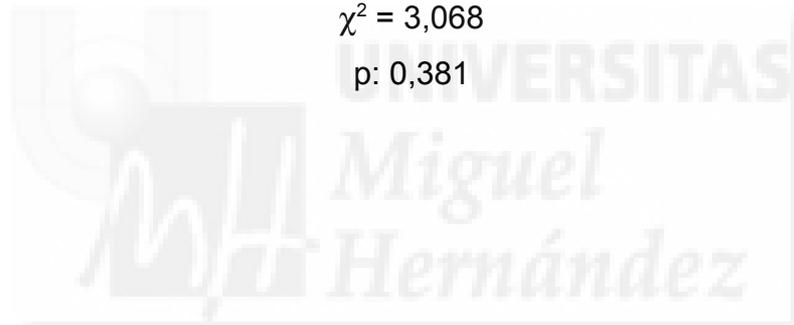
$$p: 0,441$$

4.3.2.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad

S E X O				
G R U P O E D A		Niño	Niña	Total
		1		1
	Neonatos	0,2%		0,1%
	Lactantes	123 23,5%	104 27,7%	227 25,2%
	Preescolar	170 32,4%	122 32,4%	292 32,4%
	Escolar	230 43,9%	150 39,9%	380 42,3%
Total	524 100%	376 100%	900 100%	

$$\chi^2 = 3,068$$

$$p: 0,381$$



4.3.2.2.3. Distribución del sexo según el mecanismo accidental

		S E X O		
		Niño	Niña	Total
M E C A N I S M O		262	183	445
	Mismo nivel	50,0%	48,6%	49,4%
		154	118	272
	Distinto nivel	29,4%	31,4%	30,2%
		31	30	61
	Escaleras	5,9%	8,0%	6,8%
	77	45	122	
	No especificada	14,7%	12,0%	13,6%
		524	376	900
	Total	100%	100%	100%

$$\chi^2 = 2,941$$

$$p: 0,401$$



4.3.2.2.4. Distribución del sexo según el diagnóstico clínico

S E X O				
D I A G N Ó S T I C		Niño	Niña	Total
	Traumatismo único	507 96,8%	366 97,4%	873 97,0%
	Traumatismo múltiple	8 1,5%	2 0,5%	10 1,1%
	Sin lesiones	8 1,5%	8 2,1%	16 1,8%
	No consta	1 0,2%		1 0,1%
		524	376	900
	Total	100%	100%	100%

$$\chi^2 = 3,120$$

$$p: 0,374$$



4.3.2.2.5. Distribución del sexo según el tipo de traumatismo único

S E X O				
		Niño	Niña	Total

T R A U M A T I S M O U N I C O	T.C.E.	168 32,1%	126 33,5%	294 32,7%
	Contusión	117 22,3%	71 18,9%	188 20,9%
	Fractura	85 16,2%	58 15,4%	143 15,9%
	Herida	75 14,3%	60 16,0%	135 15,0%
	Esguince	20 3,8%	18 4,8%	38 4,2%
	Torcedura	8 1,5%	8 2,1%	16 1,8%
	Rotura dental	1 0,2%		1 0,1%
	Sin lesión	9 1,7%	9 2,4%	18 2,0%
	No consta	41 7,8%	26 6,9%	67 7,4%
	Total	524 100%	376 100%	900 100%

$$\chi^2 = 4,261$$

$$p: 0,833$$

4.3.2.2.6. Distribución del sexo según el ingreso hospitalario

		INGRESO HOSPITAL		
		Sí	No	Total
S E X O		34	490	524
	Niños	6,5%	93,5%	100%
		10	366	376
	Niñas	2,7%	97,3%	100%
	Total	44	856	900
		4,9%	95,1%	100%



4.3.2.2.7. Distribución del sexo según la zona lesionada

S E X O				
Z O N A L E S I O N		Niño	Niña	Total
		291	211	502
	Cabeza	56,6%	57,3%	50,7%
		18	15	33
	Tronco	3,5%	4,0%	3,7%
	Miembro superior	117	94	211
		22,8%	25,5%	24,0%
	Miembro inferior	70	42	112
		13,6%	11,4%	12,7%
	Lesiones múltiples	8	3	11
	1,5%	0,8%	1,2%	
No consta	10	3	13	
	2,0%	0,8%	1,4%	
	514	368	882	
Total	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 4,579$$

$$p: 0,599$$

4.3.2.2.8. Distribución de la edad según el mecanismo accidental

M E C A N I S M O	

		Mismo nivel	Distinto nivel	Escaleras	No especificada	Total
		< 1 año	22 17,2%	88 68,7 %	11 8,6%	7 5,5%
E	1 año	86 50,0%	50 29,1 %	17 9,9%	19 11,0%	172 100%
	2 años	60 52,2%	36 31,3%	11 9,6%	8 6,9%	115 100%
D	3 años	63 60,0%	21 20,0%	6 5,7%	15 14,3%	105 100%
	4 años	53 59,6%	22 24,7%	4 4,5%	10 11,2%	89 100%
A	5 años	57 54,8%	23 22,1%	3 2,9%	21 20,2%	104 100%
	6 años	59 52,7%	24 21,4%	7 6,3%	22 19,6%	112 100%
D	7 años	45 60,0%	8 10,7%	2 2,7%	20 26,6%	75 100%
	Total	445 49,4%	272 30,2%	61 6,8%	122 13,6%	900 100%

4.3.2.2.9. Distribución del grupo de edad según el mecanismo accidental

	MECANISMO					
		Mismo nivel	Distinto nivel	Escaleras	No especificada	Total
E	Neonatos		1 100%			1 100%

D		70	115	26	16	227
	Lactantes	30,8%	50,7%	11,5%	7,0%	100%
A		161	79	19	33	292
	Preescolar	55,1%	27,1%	6,5%	11,3%	100%
D		214	77	16	73	380
	Escolar	56,3%	20,3%	4,2%	19,2%	100%
	Total	445	272	61	122	900
		49,4%	30,2%	6,8%	13,6%	100%



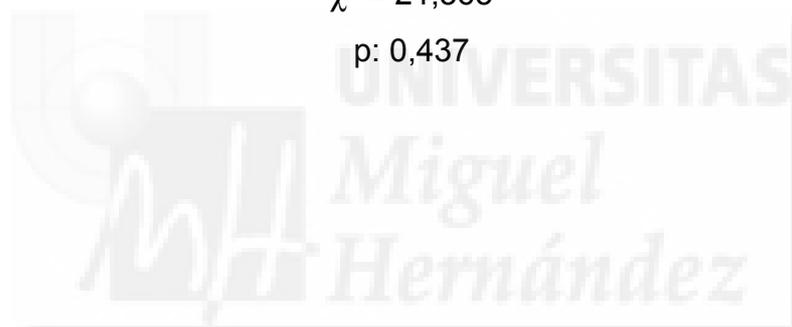
4.3.2.2.10. Distribución de la edad según el diagnóstico clínico

DIAGNOSTICO					
	Traumatismo único	Traumatismo múltiple	Sin lesiones	No consta	Total
< 1 año	122 95,3%		6 4,7%		128 100%
1 año	165 95,9%	2 1,2 %	4 2,3%	1 0,6%	172 100%

E		114		1		115
	2 años	99,1%		0,9%		100%
D		103	1	1		105
	3 años	98,0%	1,0%	1,0%		100%
A		86	1	2		89
	4 años	96,7%	1,1%	2,2%		100%
D		99	3	2		104
	5 años	95,2%	2,9%	1,9%		100%
A		110	2			112
	6 años	98,2%	1,8%			100%
D		74	1			75
	7 años	98,7%	1,3%			100%
	Total	873	10	16	1	900
		97,0%	1,1%	1,8%	0,1%	100%

$$\chi^2 = 21,365$$

$$p: 0,437$$



4.3.2.2.11. Distribución del grupo de edad según diagnóstico

G	DIAGNOSTICO					Total
		Traumatismo único	Traumatismo múltiple	Sin lesión	No consta	
R		1				1
	Neonatos	100%				100%
U		219	1	7		227
	Lactantes	96,5%	0,4%	3,1%		100%
P		284	2	5	1	292
	Preescolar	97,3%	0,7%	1,7%	0,3%	100%

A D	Escolar	369 97,1%	7 1,8%	4 1,1%		380 100%
	Total	873 97,0%	10 1,1%	16 1,8%	1 0,1%	900 100%

$$\chi^2 = 8,653$$

$$p: 0,470$$



4.3.2.2.12. Distribución de la edad según el tipo de traumatismo único

		E D A D (años)								
T R A U M A T I S M O		< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
		91	71	44	34	17	17	12	8	294
	T.C.E.	71,0 %	41,2%	38,3%	32,3%	19,2%	16,3%	10,7%	10,7%	32,7%
	Contusión	13	32	16	22	26	23	31	25	188
		10,2%	18,6%	13,9%	21,0%	29,2%	22,1%	27,7%	33,3%	20,9%
	Fractura	8	12	8	20	12	24	38	21	143
		6,3%	7,0%	7,0%	19,0%	13,5%	23,1%	33,9%	28,0%	15,9%
	Herida	4	28	27	15	14	23	14	10	135
		3,1%	16,3%	23,5%	14,3%	15,7%	22,1%	12,5%	13,3%	15,0%
	Esguince		5	5	6	5	6	6	5	38
	Torcedura		2,9%	4,3%	5,7%	5,6%	5,8%	5,4%	6,7%	4,2%
	Pronación	1	8	3	1	2	1			16
	d o l o r o s a	0,8%	4,7%	2,6%	1,0%	2,2%	1,0%			1,8%
Rotura dental	1								1	
	0,8%								0,1%	
Sin lesión	6	4	3	1	2	2			18	
	4,7%	2,3%	2,6%	1,0%	2,2%	1,9%			2,0%	
No consta	4	12	9	6	11	8	11	6	67	
	3,1%	7,0%	7,8%	5,7%	12,4%	7,7%	9,8%	8,0%	7,4%	
Total	128	172	115	105	89	104	112	75	900	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

4.3.2.2.13. Distribución del grupo de edad según el traumatismo único

GRUPO EDAD						
T R A U M A T I S M O		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
		1	140	99	54	294
	T.C.E.	100 %	61,7%	33,9%	14,2%	32,7%
	Contusión		29	54	105	188
			12,8%	18,5%	27,6%	20,9%
	Fractura		15	33	95	143
			6,6%	11,3%	25,0%	15,9%
	Herida		18	56	61	135
			7,9%	19,2%	16,0 %	15,0%
	Esguince		2	14	22	38
	Torcedura		0,9%	4,8%	5,8%	4,2%
	Pronación		4	9	3	16
	dolorosa		1,8%	3,1%	0,8%	1,8%
	Rotura dental		1			1
		0,4%			0,1%	
Sin lesión		6	8	4	18	
		2,6%	2,7%	1,1%	2,0%	
No consta		12	19	36	67	
		5,3%	6,5%	9,5%	7,4%	
Total	1	227	292	380	900	
	100%	100%	100%	100%	100%	

4.3.2.2.14. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario

		INGRESO HOSPITAL		
		Sí	No	Total
E D A D	< 1 año	8 6,2%	120 93,8%	128 100%
	1 año	3 1,7%	169 98,3%	172 100%
	2 años	1 0,9%	114 99,1%	115 100%
	3 años	5 4,8%	100 95,2%	105 100%
	4 años	4 4,5%	85 95,5%	89 100%
	5 años	10 9,6%	94 90,4%	104 100%
	6 años	11 9,8%	101 90,2%	112 100%
	7 años	2 2,7%	73 97,3%	75 100%
	Total	44 4,9%	856 95,1%	900 100%

4.3.2.2.15. Distribución del mecanismo accidental según el diagnóstico clínico

		DIAGNOSTICO				
		Traumatismo único	Traumatismo múltiple	Sin lesión	No consta	Total
M E C A N I S M O	Mismo Nivel	434 97,5%	4 0,9%	7 1,6%		445 100%
	Distinto nivel	260 95,6%	2 0,7%	9 3,3%	1 0,4%	272 100%
	Escaleras	60 98,4%	1 1,6%			61 100%
	No especificada	119 97,5%	3 2,5%			122 100%
	Total	873 97,0%	10 1,1%	16 1,8%	1 0,1%	900 100%

$$\chi^2 = 12,012$$

$$p: 0,213$$

4.3.2.2.16. Distribución del mecanismo accidental según el tipo de traumatismo único

MECANISMO						
T R A U M A T I S M O		Mismo nivel	Distinto nivel	Escaleras	No especificada	Total
	T.C.E.	99 22,2%	141 51,9%	34 55,7%	20 16,4%	294 32,7%
	Contusión	111 25,0%	43 15,8%	12 19,7%	22 18,0%	188 20,9%
	Fractura	69 15,5%	30 11,0%	1 1,6%	43 35,3%	143 15,9%
	Herida	86 19,3%	20 7,4%	9 14,8%	20 16,4%	135 15,0%
	Esguince	23	8	2	5	38
	Torcedura	5,2%	2,9%	3,3%	4,1%	4,2%
	Pronación	13	2		1	16
	dolor osa	2,9%	0,7%		0,8%	1,8%
	Rotura dental	1 0,2%				1 0,1%
	Sin lesión	7 1,6%	10 3,7%		1 0,8%	18 2,0%
	No consta	36 8,1%	18 6,6%	3 4,9%	10 8,2%	67 7,4%
	Total	445 100%	272 100%	61 100%	122 100%	900 100%

4.3.2.2.17. Distribución mecanismo accidental según la localización de la lesión

MECANISMO						
Z O N A L E S I O N		Mismo nivel	Distinto nivel	Escaleras	No especificada	Total
		220	187	45	50	502
	Cabeza	50,3%	71,4%	73,9%	41,0%	57,0%
		16	8	3	6	33
	Tronco	3,7%	3,0%	4,9%	4,9%	3,7%
	Miembro superior	126	36	5	44	211
		28,9%	13,8%	8,2%	36,1%	24,0%
	Miembro inferior	67	23	6	16	112
		15,3%	8,8%	9,8%	13,1%	12,7%
	Lesión múltiple	4	2	1	4	11
	0,9%	0,7%	1,6%	3,3%	1,2%	
No consta	4	6	1	2	13	
	0,9%	2,3%	1,6%	1,6%	1,4%	
Total	437	262	61	122	882	
	100%	100%	100%	100%	100%	

4.3.2.2.18. Distribución del ingreso hospitalario según el mecanismo accidental

INGRESO HOSPITAL				
M E C A N I S M O		Sí	No	Total
		3	442	445
	Mismo nivel	6,8%	51,6%	49,4%
		19	253	272
	Distinto nivel	43,2%	29,6%	30,2%
		1	60	61
	Escaleras	2,3%	7,0%	6,8%
	21	101	122	
No especificada	47,7%	11,8%	13,6%	
	44	856	900	
Total	100%	100%	100%	



4.3.2.2.19. Distribución del ingreso hospitalario según el tipo de traumatismo

INGRESO HOSPITAL				
T R A U M A T I S M O		Sí	No	Total
		6	288	294
	T.C.E.	13,6%	33,7%	32,7%
		2	186	188
	Contusión	4,5%	21,7%	20,9%
		35	108	143
	Fractura	79,6%	12,6%	15,9%
			135	135
	Herida		15,8%	15,0%
	Esguince		38	38
	Torcedura		4,4%	4,2%
	Pronación		16	16
	dolor osa		1,9%	1,8%
	Rotura dental		1 0,1%	1 0,1%
	Sin lesión		18 2,1%	18 2,0%
No consta	1 2,3%	66 7,7%	67 7,4%	
	44	856	900	
Total	100%	100%	100%	

4.3.2.20. Distribución del ingreso hospitalario según la localización de la lesión

INGRESO HOSPITAL				
		Sí	No	Total

L O C A L I Z A C I O N	Cabeza	16 36,3%	486 58,0%	502 57,0%
	Tronco	1 2,3%	32 3,8%	33 3,7%
	Miembro superior	21 47,7%	190 22,7 %	211 24,0%
	Miembro inferior	5 11,4%	107 12,8%	112 12,7%
	Lesión múltiple		11 1,3%	11 1,2%
	No consta	1 2,3%	12 1,4%	13 1,4%
	Total	44 100%	838 100%	882 100%



4.3.3. CUERPOS EXTRAÑOS

4.3.3.1. TABLAS SIMPLES

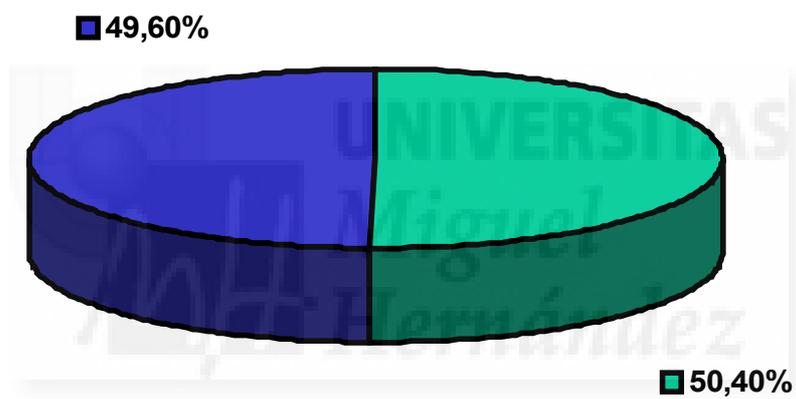
4.3.3.1.1. Sexo (Gráfico 33)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	137	50,4%
Niñas	135	49,6%
Total	272	100%



Sexo

■ Niños ■ Niñas



N=272

GRÁFICO 33

4.3.3.1.2. Edad (Gráfico 34)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	15	5,5%
1 año	46	16,9%
2 años	59	21,7%
3 años	53	19,5%
4 años	41	15,1%
5 años	24	8,8%
6 años	16	5,9%
7 años	18	6,6%
Total	272	100%

4.3.3.1.3. Grupo de edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	1	0,4%
Lactantes	31	11,4%
Preescolar	141	51,8%
Escolar	99	36,4%
Total	272	100%

Edad

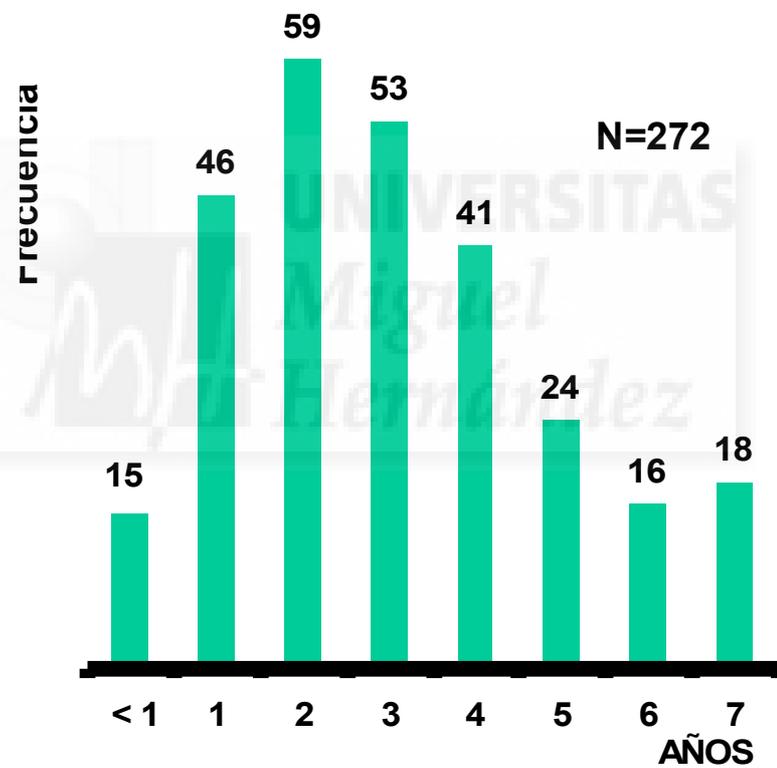


GRÁFICO 34

4.3.3.1.4. Provincia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	263	96,7%
Resto Provincias	5	1,8%
Extranjeros	4	1,5%
Total	272	100%

4.3.3.1.5. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	10	3,7%
Febrero	10	3,7%
Marzo	31	11,4%
Abril	30	11,0%
Mayo	29	10,7%
Junio	18	6,6%
Julio	24	8,8%
Agosto	26	9,5%
Septiembre	32	11,8%
Octubre	22	8,1%
Noviembre	22	8,1%
Diciembre	18	6,6%
Total	272	100%

4.3.3.1.6. Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	38	14,0%
Martes	31	11,4%
Miércoles	45	16,5%
Jueves	38	14,0%
Viernes	44	16,2%
Sábado	42	15,4%
Domingo	34	12,5%
Total	272	100%

4.3.3.1.7. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	230	84,6%
Festivo	42	15,4%
Total	272	100%

4.3.3.1.8. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	10	3,7%
01	3	1,1%
02	2	0,7%
03	-	-
04	2	0,7%
05	1	0,4%
06	-	-
07	-	-
08	4	1,5 %
09	5	1,8%
10	8	2,9%
11	8	2,9%
12	12	4,4%
13	19	7,0 %
14	13	4,8%
15	22	8,1%
16	10	3,7%
17	19	7,0%
18	13	4,8%
19	19	7,0%
20	28	10,3%
21	32	11,8%
22	25	9,2%
23	17	6,2%
Total	272	100%

4.3.3.1.9. Hora por intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	18	6,6%
08:00-15:59 horas	87	32,0%
16:00-23:59 horas	167	61,4%
Total	272	100%

4.3.3.1.10. Tipo de cuerpo extraño

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Moneda	43	15,8%
No metálico	34	12,5%
Plástico	25	9,2%
Orgánico	24	8,8%
Metálico	21	7,7%
Espina	19	7,0%
Otros	30	11,0%
No consta	76	28,0%
Total	272	100%

4.3.3.1.11. Localización del cuerpo extraño (Gráfico 35)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Digestivo	122	44,8%
Respiratorio	70	25,7%
Ojos	31	11,4%
Oídos	26	9,6%
Otros	17	6,3%
No consta	6	2,2%
Total	272	100%

4.3.3.1.12. Destino (Gráfico 36)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	247	90,8%
Hospital	25	9,2%
Total	272	100%

Localización

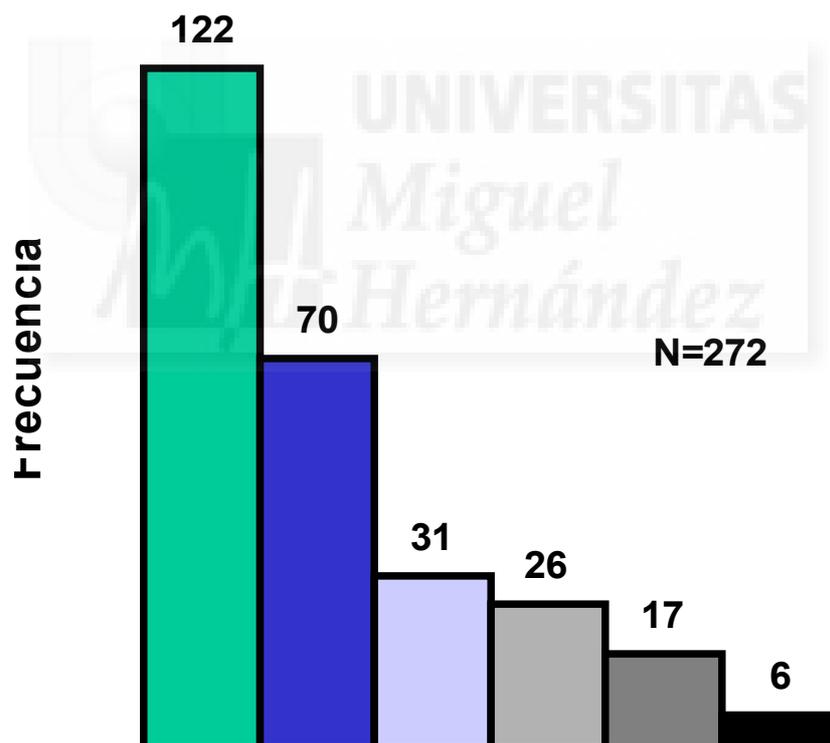
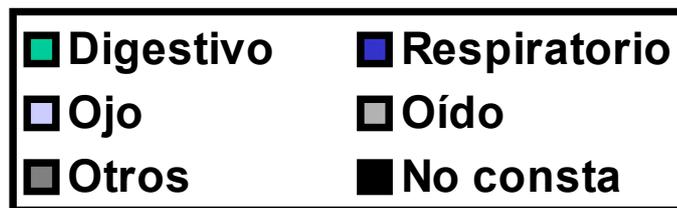


GRÁFICO 35

Ingreso hospital

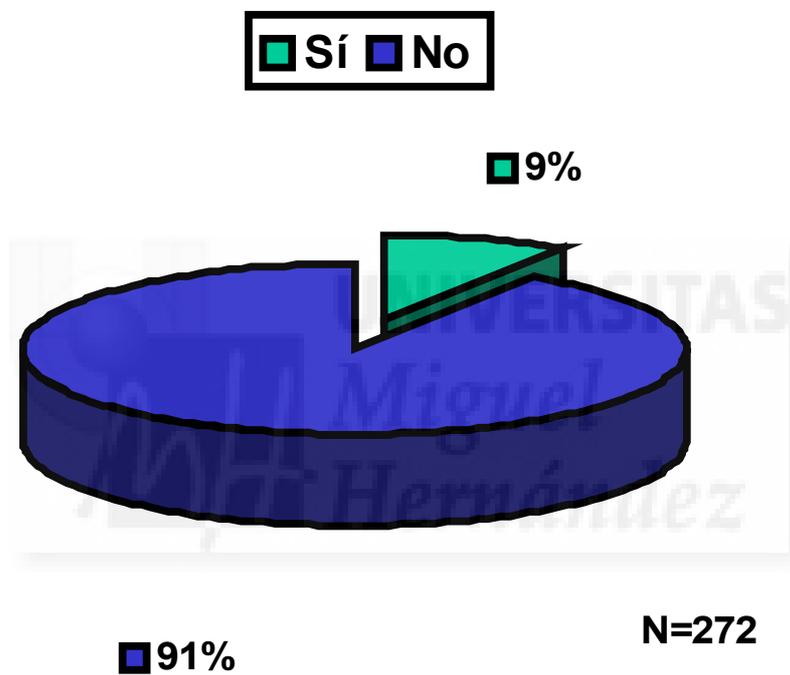


GRÁFICO 36

4.3.3.1.13. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	14	56,0%
2	4	16,0%
3	2	8,0%
4	2	8,0%
5	2	8,0%
6	1	4,0%
Total	25	100%



4.3.3.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.3.3.2.1. Distribución del sexo según la edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D		7	8	15
	< 1 año	5,1%	5,9%	5,5%
	1 año	18	28	46
		13,1%	20,8 %	16,9%
	2 años	26	33	59
		19,0%	24,4%	21,7%
	3 años	29	24	53
		21,2%	17,8%	19,5%
	4 años	16	25	41
		11,7%	18,5%	15,1%
A D	5 años	19	5	24
		13,9%	3,7%	8,8%
	6 años	11	5	16
		8,0%	3,7%	5,9%
D	7 años	11	7	18
		8,0%	5,2%	6,6%
Total		137	135	272
		100%	100%	100%

$$\chi^2 = 16,810$$

$$p: 0,019$$

4.3.3.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad

S E X O				
G R U P O E D A D		Niño	Niña	Total
		-	1	1
	Neonatos		0,7%	0,4%
	Lactantes	15 11,0%	16 11,9%	31 11,4%
	Preescolar	65 47,4%	76 56,3%	141 51,8%
	Escolar	57 41,6%	42 31,1%	99 36,4%
Total	137 100%	135 100%	272 100%	

$$\chi^2 = 4,149$$

$$p: 0,246$$



4.3.3.2.3. Distribución del sexo según el tipo de cuerpo extraño

S E X O				
C U E R P O E X T R A Ñ O		Niño	Niña	Total
		17	26	43
	Moneda	12,4%	19,3%	15,8%
	No metálico	15	19	34
		10,9%	14,1 %	12,5%
	Plástico	18	7	25
		13,1%	5,2%	9,2%
	Orgánico	9	15	24
		6,6%	11,1%	8,8%
	Metálico	12	9	21
		8,8%	6,7%	7,7%
	Espina	7	12	19
		5,1%	8,9%	7,0%
Otros	17	13	30	
	12,4%	9,6%	11,0%	
No consta	42	34	76	
	30,7%	25,2%	27,9%	
Total	137	135	272	
	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 11,800$$

$$p: 0,107$$

4.3.3.2.4. Distribución del sexo según la localización del cuerpo extraño

S E X O				
		Niño	Niña	Total

L O C A L I Z A C I O N		60	62	122
	Digestivo	43,8%	45,9%	44,9%
	Respiratorio	23,4%	28,1 %	25,7%
	Ojos	13,9%	8,9%	11,4%
	Oídos	8,0%	11,1%	9,6%
	Otra localización	7,3%	5,2%	6,3%
	No consta	3,6%	0,7%	2,2%
	Total	100%	100%	100%

$\chi^2 = 6,645$
p: 0,355

4.3.3.2.5. Distribución del sexo según el ingreso hospitalario

		INGRESO HOSPITALARIO		
		Sí	No	Total
S E X O		16	121	137
	Niños	11,7%	88,3%	100%
		9	126	135
	Niñas	6,7%	93,3%	100%
	Total	25	247	272
		9,2%	90,8%	100%

$$\chi^2 = 2,047$$

$$p: 0,153$$



4.3.3.2.6. Distribución de la edad según el tipo de cuerpo extraño

E D A D (años)										
		< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
C U E R P O E X T R A Ñ O	Moneda	1	13	9	5	5	5	3	2	43
	No metálico	6,7%	28,3%	15,2%	9,4%	12,2%	20,8%	18,7%	11,1%	15,8%
	Plástico	2	1	10	9	5	1	4	2	34
	Orgánico	13,3%	2,2%	16,9%	17,0%	12,2%	4,2%	25,0%	11,1%	12,5%
	Metálico	1	5	5	8	2	2	2		25
	Espina	6,7%	10,9%	8,5%	15,1%	4,9%	8,3%	12,5%		9,2%
	Otros	2	5	6	5	4	1		1	24
	No consta	13,3%	10,9%	10,2%	9,4%	9,8%	4,2%		5,6%	8,8%
	Total	1	3	5	3	3	3	2	1	21
		6,7%	6,5%	8,5%	5,7%	7,3%	12,5%	12,5%	5,6%	7,7%
A Ñ O	Espina		3	5	1	2	3	1	4	19
	Otros	2	6	3	4	6	4	1	4	30
	No consta	13,3%	13,0%	5,1%	7,5%	14,6%	16,7%	6,3%	22,2%	11,1%
	Total	6	10	16	18	14	5	3	4	76
		40,0%	21,7%	27,1%	34,0%	34,1%	20,8%	18,7%	22,2%	27,9%
Total	15	46	59	53	41	24	16	18	272	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 47,110$$

$$p: 0,550$$

4.3.3.2.7. Distribución del grupo de edad según el tipo de cuerpo extraño

GRUPO EDAD

C U E R P O E X T R A Ñ O		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
			4	24	15	43
	Moneda		12,9%	17,0%	15,1%	15,8%
	No		3	19	12	34
	metálico		9,6 %	13,5%	12,1%	12,5%
	Plástico		5	14	6	25
			16,1%	9,9%	6,1%	9,2%
	Orgánico		3	15	6	24
			9,7%	10,6%	6,1%	8,8%
	Metálico		4	8	9	21
		12,9%	5,7%	9,1%	7,7%	
Espina			9	10	19	
			6,4%	10,1%	7,0%	
Otros	1	2	12	15	30	
	100%	6,5%	8,5%	15,1%	11,1%	
No		10	40	26	76	
consta		32,3%	28,4%	26,3%	27,9%	
Total	1	31	141	99	272	
	100%	100%	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 21,818$$

p: 0,410

4.3.3.2.8. Distribución de la edad según la localización del cuerpo extraño

E D A D (años)									
	< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total
	8	31	24	17	13	12	7	10	122
Digestivo	53,3%	67,4%	40,6 %	32,1%	31,7%	50,0%	43,7 %	55,6%	44,9%

L O C A L I Z A C I O N		2	11	23	19	10	4	1		70
	Respiratorio	13,3%	23,9%	39,0%	35,8%	24,4%	16,7%	6,3%		25,7%
	Ojos	26,7%	2,2%	5,1%	11,3%	14,6%	20,8%	12,5%	22,2%	11,4%
	Oídos			5	8	6	2	3	2	26
	Otra	1	2	3	2	4	1	2	2	17
	localización	6,7%	4,3%	5,1%	3,8%	9,8 %	4,2%	12,5%	11,1%	6,3%
	No consta		1	1	1	2		1		6
			2,2%	1,7%	1,9%	4,9%		6,3%		2,2%
Total	15	46	59	53	41	24	16	18	272	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	



4.3.3.2.9. Distribución del tipo de cuerpo extraño según la localización

		LOCALIZACIÓN						Total
		Digestivo	Respiratorio	Ojos	Oídos	Otra	No consta	
C U E R P O E X T R A Ñ O		42					1	43
	Moneda	97,7%					2,3%	100%
	No	10	10	2	10	2		34
	Metálico	29,4%	29,4%	5,9 %	29,4%	5,9%		100%
		19	11	1	2		2	25
	Plástico	36,0%	44,0%	4,0%	8,0%		8,0%	100%
		6	10		3	4	1	24
	Orgánico	25,0%	41,6%		12,5%	16,7%	4,2%	100%
		16	1			3	1	21
	Metálico	76,1%	4,8%			14,3%	4,8%	100%
		16	3					19
	Espina	84,2%	15,8%					100%
		1	10	12	5	2		30
	Otros	3,3%	33,3%	40,0%	16,7%	6,7%		100%
No	22	25	16	6	6	1	76	
consta	28,9%	32,9%	21,1%	7,9%	7,9%	1,3%	100%	
Total	122	70	31	26	17	6	272	
	44,8%	25,7%	11,4%	9,6%	6,3%	2,2%	100%	

4.3.3.2.10. Distribución del ingreso hospitalario según la localización del cuerpo extraño

INGRESO HOSPITAL				
L O C A L I Z A C I O N		Sí	No	Total
		14	108	122
	Digestivo	56,0%	43,7%	44,9%
		10	60	70
	Respiratorio	40,0%	24,3%	25,7%
			31	31
	Ojos		12,6%	11,4%
			26	26
	Oídos		10,5%	9,6%
	Otra	1	16	17
localización	4,0%	6,5%	6,3%	
No		6	6	
consta		2,4%	2,2%	
Total	25	247	272	
	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 6,645$$

$$p: 0,355$$

4.3.4. INTOXICACIONES

4.3.4.1. TABLAS SIMPLES

4.3.4.1.1. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	108	58,4%
Niñas	77	41,6%
Total	185	100%



4.3.4.1.2. Edad (Gráfico 37)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------



< 1 año	11	5,9%
---------	----	------



1 año	61	33,0%
--------------	----	-------



2 años	55	29,8%
---------------	----	-------



3 años	22	11,9%
---------------	----	-------



4 años	17	9,2%
5 años	10	5,4%
6 años	6	3,2%
7 años	3	1,6%
Total	185	100%

4.3.4.1.3. Grupo de edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	-	-
Lactantes	43	23,2%
Preescolar	106	57,3%
Escolar	36	19,5%
Total	185	100%

Edad

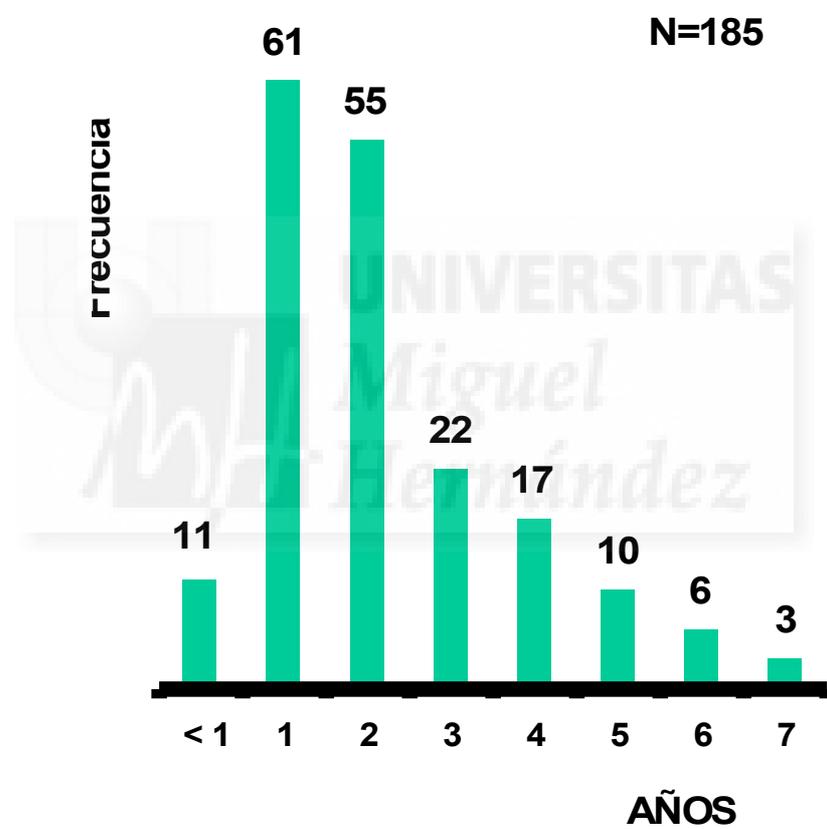


GRÁFICO 37

4.3.4.1.4. Provincia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	175	94,6%
Resto Provincias	9	4,9%
Extranjeros	1	0,5%
Total	185	100%

4.3.4.1.5. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	16	8,6%
Febrero	19	10,3%
Marzo	23	12,4%
Abril	14	7,6%
Mayo	14	7,6%
Junio	21	11,4%
Julio	11	5,9%
Agosto	20	10,8%
Septiembre	13	7,0%
Octubre	14	7,6%
Noviembre	8	4,3%
Diciembre	12	6,5%
Total	185	100%

4.3.4.1.6. Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	23	12,4%
Martes	22	11,9%
Miércoles	31	16,8%
Jueves	23	12,4%
Viernes	30	16,2%
Sábado	30	16,2%
Domingo	26	14,1%
Total	185	100%

4.5.1.7. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	156	84,3%
Festivo	29	15,7%
Total	185	100%

4.5.1.8. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	7	3,8%
01	4	2,2%
02	3	1,7%
03	1	0,5%
04	-	-
05	3	1,7%
06	-	-
07	-	-
08	3	1,7 %
09	4	2,2%
10	6	3,2%
11	11	5,9%
12	11	5,9%
13	6	3,2 %
14	20	10,8%
15	12	6,5%
16	11	5,9%
17	11	5,9%
18	9	4,9%
19	11	5,9%
20	11	5,9%
21	21	11,4%
22	14	7,6%
23	6	3,2%
Total	185	100%

4.3.4.1.9. Hora por intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	19	10,3%
08:00-15:59 horas	72	38,9%
16:00-23:59 horas	94	50,8%
Total	185	100%

4.3.4.1.10. Agente tóxico (Gráfico 38)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uso doméstico	89	48,1%
Fármacos	69	37,3%
Industrial	14	7,6%
Insecticidas	7	3,8%
Humo	4	2,2%
Otros	2	1,0%
Total	185	100%

Agente tóxico

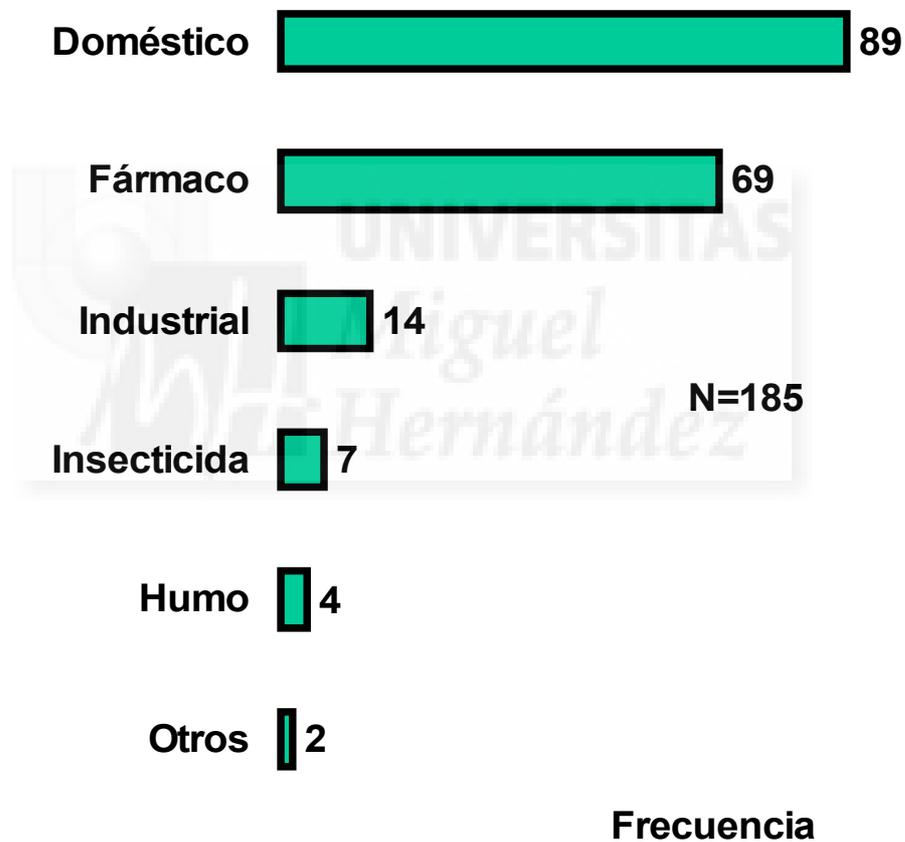


GRÁFICO 38

4.3.4.1.11. Agentes de uso doméstico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alcaloides cáusticos	38	42,6%
Detergentes/Jabón	23	25,8%
Productos limpieza	7	7,9%
Ácidos corrosivos	7	7,9%
Desinfectantes	7	7,9%
Disolventes	7	7,9%
Total	89	100%

4.3.4.1.12. Agentes de origen medicamentoso

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paracetamol	16	23,3 %
Benzodiazepinas	15	21,8%
Respiratorio	7	10,1%
Analgésicos	3	4,3%
Metabólicos	3	4,3%
Antidepresivos	3	4,3%
Otros	15	21,8%
No consta	7	10,1%
Total	89	100%

4.3.4.1.12. Destino (Gráfico 39)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	-------------------	-------------------

Domicilio	168	90,8%
Hospital	17	9,2%
Total	185	100%

4.5.1.13. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	5	29,5%
2	4	23,5%
3	4	23,5%
4	4	23,5%
Total	17	100%



Ingreso hospital

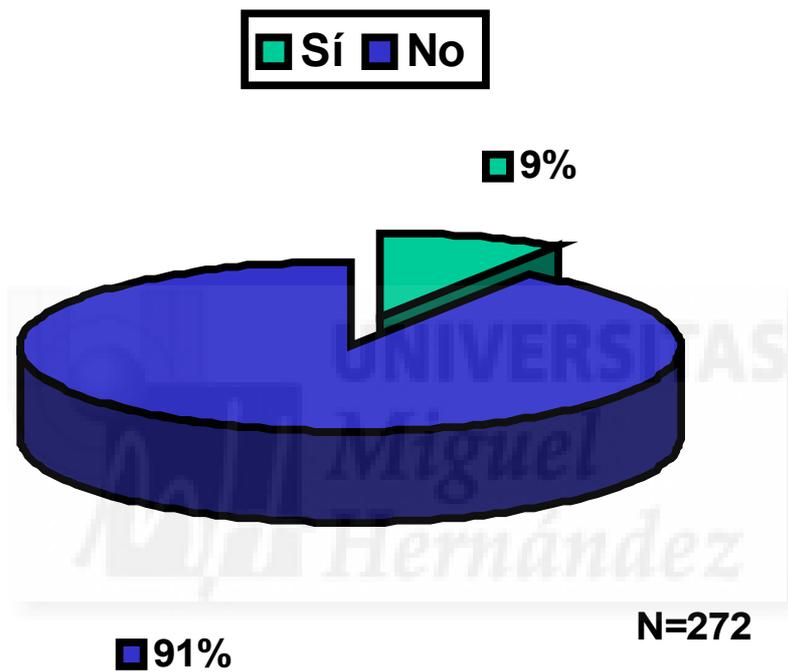


GRÁFICO 39

4.3.4.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.3.4.2.1. Distribución del sexo según la edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	4 3,7%	7 9,1 %	11 5,9%
	1 año	33 30,6%	28 36,4 %	61 33,0%
	2 años	38 35,1%	17 22,0%	55 29,8%
	3 años	10 9,3%	12 15,6%	22 11,9%
	4 años	9 8,3%	8 10,4%	17 9,2%
	5 años	6 5,6%	4 5,2%	10 5,4%
	6 años	5 4,6%	1 1,3%	6 3,2%
	7 años	3 2,8%		3 1,6%
	Total	108 100%	77 100%	185 100%

$$\chi^2 = 10,658$$

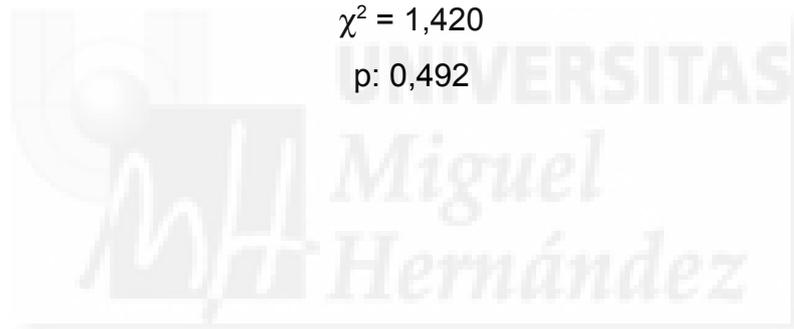
$$p: 0,154$$

4.3.4.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	Neonatos	-	-	-
	Lactantes	22 20,4%	21 27,3%	43 23,2%
	Preescolar	63 58,3%	43 55,8%	106 57,3%
	Escolar	23 21,3%	13 16,9%	36 19,5%
	Total	108 100%	77 100%	185 100%

$$\chi^2 = 1,420$$

$$p: 0,492$$



4.3.4.2.3. Distribución del sexo según el agente tóxico (Gráfico 40)

S E X O



		Niño	Niña	Total
--	--	------	------	-------



	Uso doméstico	56 51,9%	33 42,8%	89 48,1%
--	------------------	-------------	-------------	-------------



		34	35	69
A	Fármacos	31,5%	45,5 %	37,3%



G		8	6	14
E	Industrial	7,4%	7,8%	7,6%



N T E		5	2	7
	Insecticidas	4,6%	2,6%	3,8%
	Otros	5	1	6
		4,6%	1,3%	3,2%
	Total	108	77	185
		100%	100%	100%

$$\chi^2 = 5,146$$

$$p: 0,273$$



Sexo-Agente

■ Doméstico ■ Fármacos ■ Industrial
■ Insecticida ■ Otros

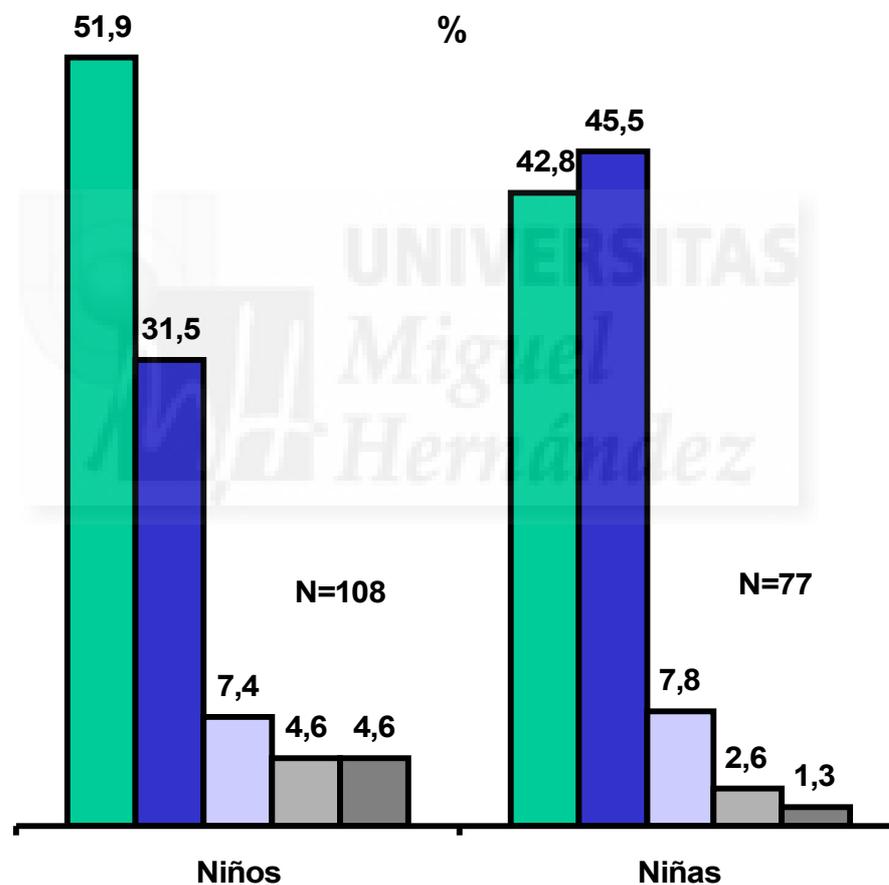


GRÁFICO 40

4.3.4.2.4. Distribución de la edad según el agente de la intoxicación

		E D A D (años)								
A G E N T E		< 1	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
		2	42	26	5	6	3	3	2	89
	Doméstico	18,1%	68,8%	47,3%	22,7%	35,3%	30,0%	50,0%	66,7%	48,1%
		3	12	23	16	9	5	1		69
	Fármacos	27,3%	19,7%	41,8%	72,8%	52,9%	50,0%	16,7%		37,3%
		3	4	2	1	1	1	2		14
	Industrial	27,3%	6,6%	3,6%	4,5%	5,9%	10,0%	33,3%		7,6%
			2	4		1				7
Insecticidas		3,3%	7,3%		5,9%				3,8%	
	3	1				1		1	6	
Otros	27,3%	1,6%				10,0%		33,3%	3,2%	
Total	11	61	55	22	17	10	6	3	185	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	



4.3.4.2.5. Distribución del grupo de edad según el agente tóxico

GRUPO EDAD						
A G E N T E		Neonatos	Lactantes	Preescolar	Escolar	Total
	Doméstico		25 58,1%	50 47,2%	14 38,8%	89 48,1%
	Fármacos		8 18,6%	46 43,4%	15 41,7%	69 37,3%
	Industrial		7 16,3%	3 2,8%	4 11,1%	14 7,6%
	Insecticidas			6 5,7%	1 2,8%	7 3,8%
	Otros		3 7,0%	1 0,9%	2 5,6%	6 3,2%
	Total		43 100%	106 100%	36 100%	185 100%



4.3.4.2.6. Distribución del agente tóxico según el mes

A G E N T E						
	Doméstico	Fármaco	Industrial	Insecticida	Otros	Total

$$\chi^2 = 44,022$$

$$p: 0,471$$

4.3.4.2.7. Distribución del agente tóxico según el día de la semana

AGENTE							
D í A		Doméstico	Fármaco	Industrial	Insecticida	Otros	Total
	Lunes	15 16,8%	6 8,7%	1 7,1%	1 14,3%		16 8,6%
	Martes	11 12,4%	10 14,5%			1 16,7%	19 10,3%
	Miércoles	13 14,6%	12 17,4%	2 14,3%	3 42,9%	1 16,7%	23 12,4%
	Jueves	8 9,0%	13 18,8%	2 14,3%			14 7,6%
	Viernes	15 16,9%	8 11,6%	5 35,8%	1 14,3%	1 16,7%	14 7,6%
	Sábado	18 20,2%	7 10,2%	3 21,4%	2 28,5%		21 11,4%
	Domingo	9 10,1%	13 18,8%	1 7,1%		3 49,9%	11 5,9%
	Total	89 100%	69 100%	14 100%	7 100%	6 100%	185 100%

$$\chi^2 = 31,850$$

$$p: 0,131$$

4.3.4.2.8. Distribución del agente tóxico según el intervalo horario

		H O R A			
		0-7 h	8-15 h	16-23 h	Total
A G E N T E		10	29	50	89
	Doméstico	11,2%	32,6%	56,2%	100%
		5	32	32	69
	Fármaco	7,2%	46,4%	46,4%	100%
			6	8	14
	Industrial		42,9%	57,1%	100%
		1	3	3	7
	Insecticida	14,3%	42,9%	42,9%	100%
	3	2	1	6	
Otros	50,0%	33,3%	16,7%	100%	
	19	72	94	185	
Total	10,3%	38,9%	50,6%	100%	

4.3.4.2.9. Distribución del ingreso hospitalario según el agente tóxico
(Gráfico 41)

INGRESO HOSPITAL				
A G E N T E		SÍ	No	Total
		10	79	89
	Doméstico	58,8%	47,0%	48,1%
		4	65	69
	Fármacos	23,5%	38,7 %	37,3%
		1	13	14
	Industrial	5,9%	7,7%	7,6%
		1	6	7
Insecticida	5,9%	3,6%	3,8%	
	1	5	6	
Otros	5,9%	3,0%	3,2%	
	17	168	185	
Total	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 2,088$$

$$p: 0,720$$

4.3.5. QUEMADURAS

4.3.5.1. TABLAS SIMPLES

4.3.5.1.1. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	57	60,6%
Niñas	37	39,4%
Total	94	100%



4.3.5.1.2. Edad (Gráfico 42)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	6	6,4%
1 año	31	33,0%
2 años	19	20,2%
3 años	15	16,0%
4 años	7	7,4%
5 años	5	5,3%
6 años	6	6,4%
7 años	5	5,3%
Total	94	100%

4.3.5.1.3. Grupo de edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	-	-
Lactantes	26	27,7%
Preescolar	45	47,8%
Escolar	23	24,5%
Total	94	100%

Edad

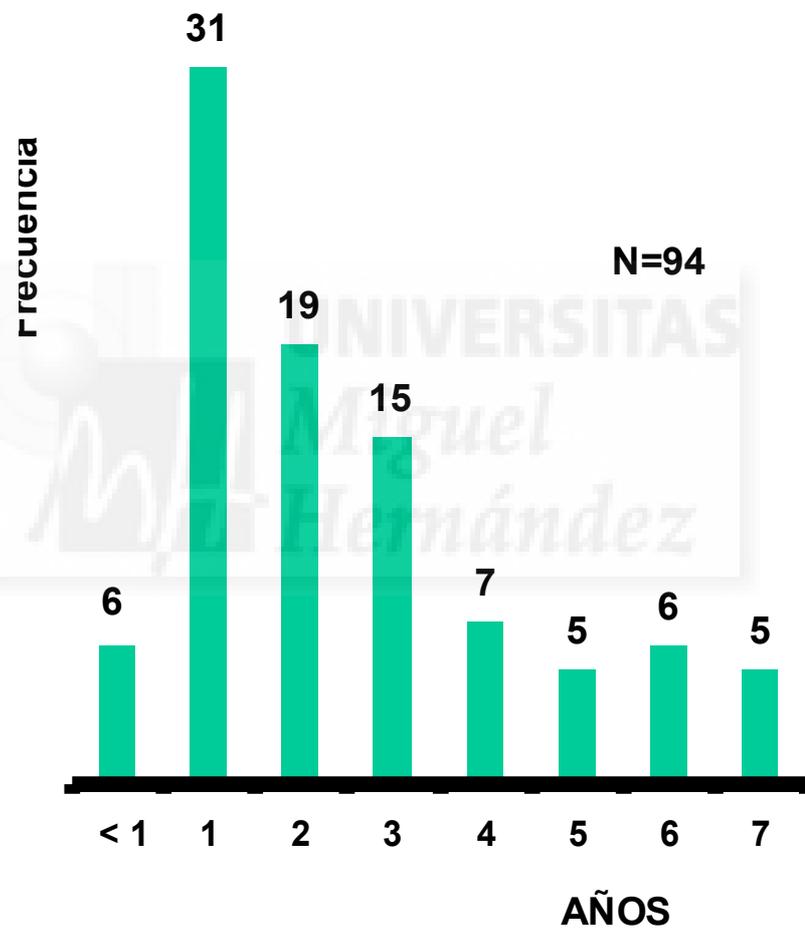


GRÁFICO 42

4.3.5.1.4. Provincia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	90	95,8%
Resto Provincias	2	2,1%
Extranjeros	2	2,1%
Total	94	100%

4.3.5.1.4. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	10	10,6%
Febrero	10	10,6%
Marzo	3	3,2%
Abril	5	5,3%
Mayo	12	12,8%
Junio	11	11,8%
Julio	7	7,4%
Agosto	9	9,7%
Septiembre	10	10,6%
Octubre	7	7,4%
Noviembre	7	7,4%
Diciembre	3	3,2%
Total	94	100%

4.3.5.1.6 Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	15	16,0%
Martes	18	19,2%
Miércoles	14	14,9%
Jueves	16	17,0%
Viernes	7	7,4%
Sábado	10	10,6%
Domingo	14	14,9%
Total	94	100%

4.3.5.1.7. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	79	84,0%
Festivo	15	16,0%
Total	94	100%

4.3.3.5.8. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	2	2,1%
01	1	1,1%
02	-	-
03	-	-
04	-	-
05	-	-
06	-	-
07	-	-
08	-	-
09	2	2,1%
10	3	3,2%
11	4	4,3%
12	5	5,3%
13	6	6,4 %
14	5	5,3%
15	6	6,4%
16	10	10,6%
17	6	6,4%
18	3	3,2%
19	7	7,4%
20	6	6,4%
21	8	8,5%
22	13	13,9%
23	7	7,4%
Total	94	100%

4.3.5.1.9. Hora por intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	3	3,2%
08:00-15:59 horas	33	35,1%
16:00-23:59 horas	58	61,7%
Total	94	100%

4.3.5.1.10. Mecanismo causante de la quemadura

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escaldadura	40	42,7%
Contacto	21	22,3%
Descarga eléctrica	3	3,2%
Cigarrillo	3	3,2%
Incendio	2	2,1%
Radiación solar	2	2,1%
Pólvora	2	2,1%
No consta	21	22,3%
Total	94	100%

4.3.5.1.11. Profundidad de la quemadura (Gráfico 43)

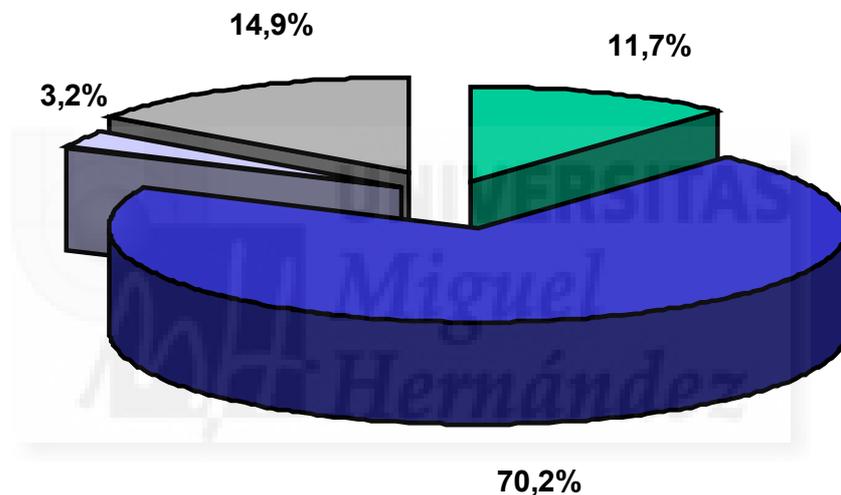
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer grado	11	11,7%
Segundo grado	66	70,2%
Tercer grado	3	3,2%
No consta	14	14,9%
Total	94	100%

4.3.5.1.12. Porcentaje de la superficie corporal quemada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 10%	55	58,5%
11 – 20%	1	1,1%
21 – 40%	-	-
41 – 70%	-	-
> 70%	-	-
No consta	38	40,4%
Total	94	100%

Profundidad quemadura

■ 1º grado ■ 2º grado ■ 3º grado ■ No consta



N=94

GRÁFICO 43

4.3.5.1.13. Localización de la quemadura (Gráfico 44)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	11	11,7%
Tronco	3	3,2%
Miembro superior	33	35,1%
Miembro inferior	14	14,9%
Lesiones múltiples	22	23,4%
No consta	11	11,7%
Total	94	100%

4.3.5.1.14. Destino

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	87	92,6%
Hospital	7	7,4%
Total	94	100%

Localización lesión

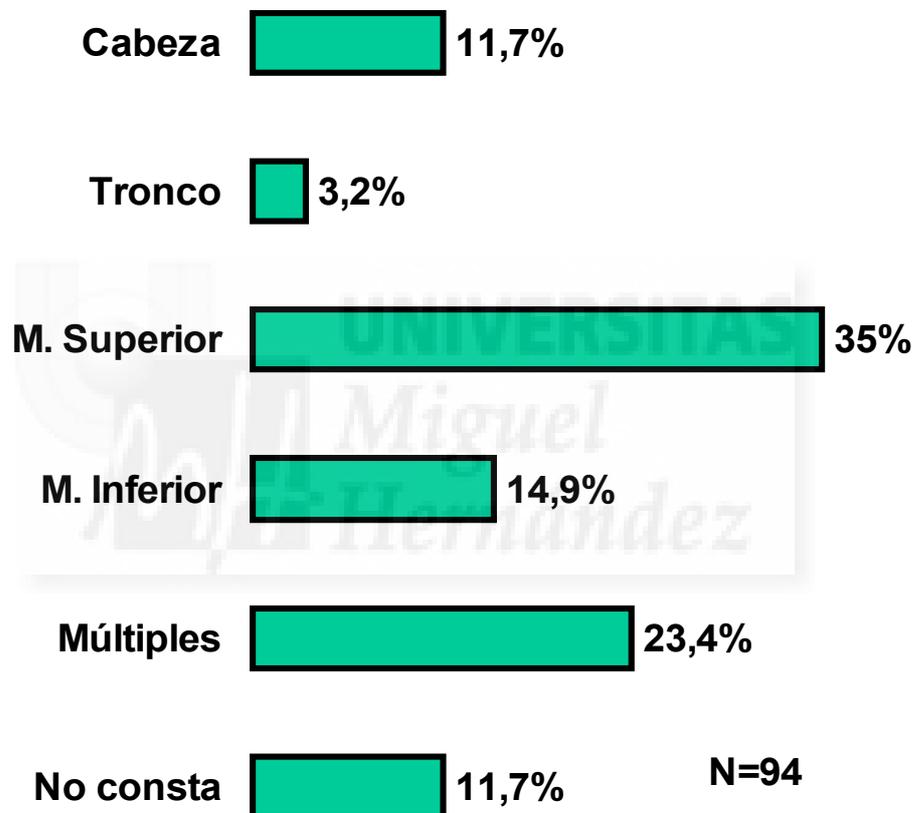


GRÁFICO 44

4.3.5.1.15. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	14,2%
2	2	29,0%
10	1	14,2%
14	1	14,2%
20	1	14,2%
67	1	14,2%
Total	7	100%



4.3.5.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.3.5.2.1. Distribución del sexo según la edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	4 7,0%	2 5,4 %	6 6,4%
	1 año	17 29,9%	14 37,9 %	31 33,0%
	2 años	13 22,8%	6 16,2%	19 20,2%
	3 años	8 14,0%	7 18,9%	15 16,0%
	4 años	3 5,3%	4 10,8%	7 7,4%
	5 años	4 7,0%	1 2,7%	5 5,3%
	6 años	4 7,0%	2 5,4%	6 6,4%
	7 años	4 7,0%	1 2,7%	5 5,3%
	Total	57 100%	37 100%	94 100%

$$\chi^2 = 3,935$$

$$p: 0,787$$

4.3.5.2.2. Distribución del sexo según el grupo de edad

S E X O				
G R U P O E D A		Niño	Niña	Total
	Neonatos			
	Lactantes	16 28,1%	10 27,0%	26 27,6%
	Preescolar	26 45,6%	19 51,4%	45 47,9%
	Escolar	15 26,3%	8 21,6%	23 24,5%
	Total	57 100%	37 100%	94 100%

$$\chi^2 = 0,365$$

$$p: 0,833$$



4.3.5.2.3. Distribución del sexo según la profundidad de la quemadura

S E X O				
P R		Niño	Niña	Total

$$\chi^2 = 5,119$$

$$p: 0,163$$



4.3.5.2.4. Distribución del sexo según el porcentaje de la superficie corporal quemada

S E X O				
		Niño	Niña	Total
S.		26	29	55
	< 10 %	45,6%	78,4%	58,5%
C.	11- 20 %	1		1
	No consta	1,8%		1,1%
Q.		30	8	38
		52,6%	21,6%	40,4%
	Total	57	37	94
		100%	100%	100%



4.3.5.2.5. Distribución del sexo según el mecanismo accidental

S E X O				
M E C A N I S M O		Niño	Niña	Total
		25	15	40
	Escaldadura	43,9%	40,5%	42,6%
		11	10	21
	Contacto	19,3%	27,0%	22,3%
		8	4	12
	Otros	14,0%	10,8	12,8%
	13	8	21	
No consta	22,8%	21,6%	22,3%	
	57	37	94	
Total	100%	100%	100%	

$$\chi^2 = 0,855$$

$$p: 0,836$$

4.3.5.2.6. Distribución de la edad según la profundidad de la quemadura

		PROFUNDIDAD QUEMADURA				
		Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	No consta	Total
E	< 1 año	1 16,7%	3 50,0 %		2 33,3%	6 100%
	1 año	4 12,9%	23 74,2 %	2 6,5%	2 6,4%	31 100%
	2 años	2 10,5%	14 73,7%		3 15,8%	19 100%
	3 años	3 20,0%	8 53,3%		4 26,7%	15 100%
	4 años		5 71,4%		2 28,6%	7 100%
A	5 años		5 100%			5 100%

D	6 años	1	4	1		6
		16,7%	66,6%	16,7%		100%
	7 años		4		1	5
			80,0%		20,0%	100%
	Total	11	66	3	14	94
		11,7%	70,2%	3,2	14,9%	100%

$$\chi^2 = 18,088$$

$$p: 0,643$$

4.3.5.2.7. Distribución de la edad según el porcentaje de la superficie corporal quemada

		S. C. Q.			
		< 10%	11-20 %	No consta	Total
E	< 1 año	3		3	6
		50,0%		50,0%	100%
	1 año	21		10	31
		67,7%		32,3%	100%
D	2 años	12		7	19
		63,2%		36,8%	100%
	3 años	8		7	15
D		53,3%		46,7%	100%
	4 años	2		5	7
A		28,6%		71,4%	100%
	5 años	2	1	2	5
D		40,0%	20,0%	40,0%	100%
	6 años	4		2	6
		66,7%		33,3%	100%

		3		2	5
	7 años	60,0%		40,0%	100%
		55	1	38	94
	Total	58,5%	1,1%	40,4%	100%

$$\chi^2 = 22,492$$

$$p: 0,069$$

4.3.5.2.8. Distribución de la edad según el mecanismo accidental

		MECANISMO				
		Escaladura	Contacto	Otros	No consta	Total
E D A D	< 1 año	2 33,3%	1 16,7%		3 50,0%	6 100%
	1 año	13 42,0%	9 29,0%	1 3,2%	8 25,8%	31 100%
	2 años	12 63,1%	4 21,1%	1 5,3%	2 10,5%	19 100%
	3 años	3 20,0%	2 13,3%	4 26,7%	6 40,0%	15 100%
	4 años	1 14,3%	4 57,1%	1 14,3%	1 14,3%	7 100%
	5 años	3 60,0%	1 20,0%	1 20,0%		5 100%
	6 años	4 66,7%		2 33,3%		6 100%
	7 años	2 40,0%		2 40,0%	1 20,0%	5 100%
	Total	40 42,6%	21 22,3%	12 12,8%	21 22,3%	94 100%

4.3.5.2.9. Distribución de la edad según el día Laborable/Festivo

		LABORABLE/FESTIVO		
		Laborable	Festivo	Total
E D A D	< 1 año	1 100%		1 100%
	1 año	25 80,6%	6 19,4 %	31 100%
	2 años	17 89,5%	2 10,5%	19 100%
	3 años	11 73,3%	4 26,7%	15 100%
	4 años	5 71,4%	2 28,6%	7 100%
	5 años	5 100%		5 100%
	6 años	6 100%		6 100%
	7 años	4 80,0%	1 20,0%	5 100%
	Total	57 100%	37 100%	94 100%

$$\chi^2 = 6,087$$

$$p: 0,530$$

4.3.5.2.10. Distribución del mecanismo accidental según la profundidad de la quemadura

M E C A N I S M O	PROFUNDIDAD QUEMADURA					
		Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	No consta	Total
		3	34		3	40
	Escaldadura	7,5%	85,0%		7,5%	100%
		1	16	1	3	21
	Contacto	4,8%	76,2%	4,8%	14,2 %	100%
		1	4	2	5	12
	Otros	8,3%	33,3%	16,7%	41,7%	100%
	No consta	6	12		3	21
		28,6%	57,1%		14,3%	100%
	Total	11	66	3	14	94
		11,7%	70,2%	3,2%	14,9%	100%

4.3.5.2.11. Distribución del mecanismo accidental según el porcentaje de la superficie corporal quemada

	S. C. Q.				
		< 10%	11-20%	No consta	Total
M E C A N I S M O		25	1	14	40
	Escaldadura	62,5%	2,5%	35,0%	100%
		16		5	21
	Contacto	76,2%		23,8%	100%
		3		9	12
	Otros	25,0%		75,0%	100%
	No consta	11		10	21
		52,4%		47,6%	100%
	Total	55	1	38	94
		58,5%	1,1%	40,4%	100%

$$\chi^2 = 10,561$$

$$p: 0,103$$

4.4.2.12. Distribución del mecanismo según la localización de la lesión

MECANISMO						
L O C A L I Z A C I O N		Escaladura	Contacto	Otros	No consta	TOTAL
		4	1	3	3	11
	Cabeza	10,0%	4,8%	25,0%	14,3%	11,7%
		1			2	3
	Tronco	2,5%			9,5%	3,2%
	Miembro superior	5	16	6	6	33
		12,5%	76,2%	50,0%	28,6%	35,1%
	Miembro inferior	8	2	1	3	14
		20,0%	9,5%	8,3%	14,3%	14,9%
	Lesión múltiple	17			5	22
	42,5%			23,8%	23,4%	
No consta	5	2	2	2	11	
	12,5%	9,5%	16,7%	9,5%	11,7%	
	40	21	12	21	94	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	

4.4. LESIONES PRODUCIDAS POR ANIMALES

4.4.1. TABLAS SIMPLES

4.4.1.1. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	140	55,8%
Niñas	111	44,2%
Total	251	100%



4.4.1.2. Edad (Gráfico 45)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	25	10,0%
1 año	51	20,3%
2 años	39	15,5%
3 años	35	13,9%
4 años	42	16,7%
5 años	23	9,2%
6 años	22	8,8%
7 años	14	5,6%
Total	251	100%

4.4.1.3. Grupo de edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	-	-
Lactantes	49	19,6%
Preescolar	101	40,2%
Escolar	101	40,2%
Total	251	100%

Edad

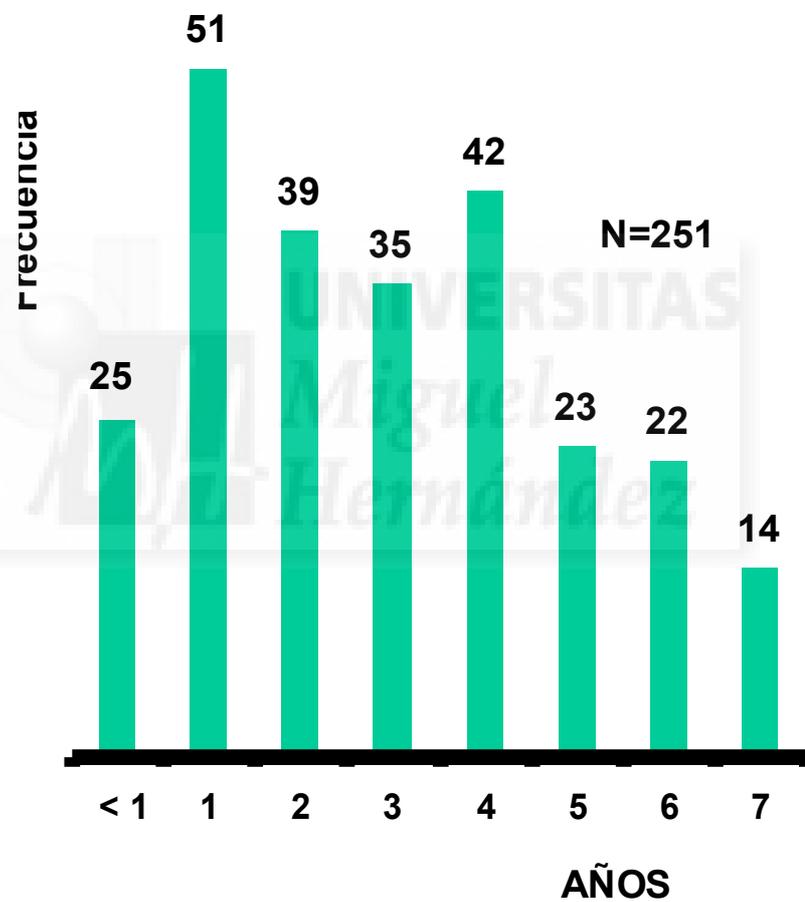


GRÁFICO 45

4.4.1.4. Provincia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	230	91,6%
Resto Provincias	21	8,4%
Total	251	100%

4.4.1.5. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	15	6,0%
Febrero	11	4,3%
Marzo	16	6,4%
Abril	24	9,6%
Mayo	30	12,0%
Junio	31	12,3%
Julio	25	10,0%
Agosto	39	15,5%
Septiembre	29	11,6%
Octubre	16	6,4%
Noviembre	12	4,7%
Diciembre	3	1,2%
Total	251	100%

4.4.1.6. Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	34	13,5%
Martes	30	12,0%
Miércoles	27	10,8%
Jueves	33	13,1%
Viernes	26	10,4%
Sábado	42	16,7%
Domingo	59	23,5%
Total	251	100%

4.4.1.7. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	177	70,5%
Festivo	74	29,5%
Total	251	100%

4.4.1.8. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	7	2,8%
01	3	1,2%
02	3	1,2%
03	-	-
04	1	0,4%
05		
06	1	0,4%
07	2	0,8%
08	2	0,8%
09	6	2,4%
10	7	2,8%
11	14	5,5%
12	23	9,1%
13	9	3,6 %
14	18	7,2%
15	12	4,8%
16	9	3,6%
17	14	5,6%
18	17	6,8%
19	20	7,9%
20	28	11,1%
21	24	9,6%
22	19	7,6%
23	12	4,8%
Total	251	100%

4.4.1.9. Hora en intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	17	6,8%
08:00-15:59 horas	91	36,2%
16:00-23:59 horas	143	57,0%
Total	251	100%

4.4.1.10. Diagnóstico clínico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Picadura	194	77,3%
Traumatismo único	50	19,9%
Traumatismo múltiple	3	1,2%
Otros	3	1,2%
No consta	1	0,4%
Total	251	100%

En la categoría “otros” se incluyen 2 casos de reacción urticarial por procesionaria y 1 caso de presencia de cuerpo extraño por púa de erizo de mar. La categoría “no consta” se debe a una mordedura de hamster.

4.4.1.11. Agente causante de la picadura

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insecto	169	87,1%
Medusa	12	6,2%
Araña	1	0,5%
No consta	12	6,2%
Total	194	100%

4.4.1.12. Agente causante de los traumatismos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Perro	46	86,8%
Gato	5	9,4%
Conejo	1	1,9%
Pato	1	1,9%
Total	53	100%

4.4.1.13. Localización de la lesión

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabeza	69	27,5%
Tronco	6	2,4%
Miembro superior	31	12,4%
Miembro inferior	26	10,3%
Lesiones múltiples	50	19,9%
No consta	69	27,5%
Total	251	100%

4.4.1.14. Destino

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	245	97,6%
Hospital	6	2,4%
Total	251	100%

4.4.1.15. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	33,3%
2	2	33,3%
3	1	16,7%
5	1	16,7%
Total	6	100%



4.4.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.4.2.1. Distribución del sexo según la edad

S E X O				
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	15 10,7%	10 9,0%	25 10,0%
	1 año	25 17,9%	26 23,5%	51 20,3%
	2 años	25 17,9%	14 12,6%	39 15,5%
	3 años	20 14,2%	15 13,5%	35 13,9%
	4 años	21 15,0%	21 18,9%	42 16,7%
	5 años	11 7,9%	12 10,8%	23 9,2%
	6 años	14 10,0%	8 7,2%	22 8,8%
	7 años	9 6,4%	5 4,5%	14 5,6%
	Total	140 100%	111 100%	251 100%

$$\chi^2 = 4,367$$

$$p: 0,737$$

4.4.2.2. Distribución del sexo según el diagnóstico clínico

SEXO				
D I A G N O S T I C O		Niño	Niña	Total
	Picadura	106 75,8%	88 79,3%	194 77,3%
	Traumatismo	28 20,0%	22 19,8%	50 19,9%
	Traumatismo múltiple	2 1,4%	1 0,9%	3 1,2%
	Otros	3 2,1%		3 1,2%
	No consta	1 0,7%		1 0,4%
	Total	140 100%	111 100%	251 100%

$$\chi^2 = 3,418$$

$$p: 0,636$$

4.4.2.3. Distribución del sexo según ingreso en el hospital

		INGRESO HOSPITALARIO		
		Sí	No	Total
S E X O		2	138	140
	Niños	1,4%	98,6%	100%
		4	107	111
	Niñas	3,6%	96,4%	100%
	Total	6	245	251
		2,4%	97,6%	100%

$$\chi^2 = 1,255$$

$$p: 0,263$$



4.4.2.4. Distribución de la edad según el agente causante de la lesión

		E D A D (años)								
A G E N T E		< 1	1	2	3	4	5	6	7	TOTA L
	Picadura	25 100%	45 88,2%	33 84,6 %	27 77,1 %	28 66,7 %	16 69,6 %	15 68,2 %	5 35,7 %	194 77,3%
	Perro		5 9,8%	5 12,8 %	6 17,1 %	12 28,5 %	5 21,8 %	7 31,8 %	6 43,0 %	46 18,3%
	Gato			1 2,6%	1 2,9%	2 4,8%	1 4,3%			5 2,0%
	Procesionaria		1 2,0%						1 7,1%	2 0,8%
	Conejo				1 2,9%					1 0,4%
	Pato								1 7,1%	1 0,4%
	Hamster						1 4,3%			1 0,4%
	Erizo								1 7,1%	1 0,4%
	Total	25 100%	51 100%	39 100 %	35 100 %	42 100 %	23 100 %	22 100 %	14 100 %	185 100%

4.4.2.5. Distribución del ingreso hospitalario según el agente causante de la lesión

INGRESO HOSPITAL				
A G E N T E		Sí	No	Total
		1	193	194
	Picadura	16,7%	78,8%	77,3%
		5	41	46
	Perro	83,3%	16,7%	18,3%
	Otros		11	11
	6	245	251	
Total	100%	100%	100%	



4.5. ACCIDENTES DE TRÁFICO

4.5.1. TABLAS SIMPLES

4.5.1.1. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños	44	57,9%
Niñas	32	42,1%
Total	76	100%



4.5.1.2. Edad (Gráfico 46)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	2	2,6%
1 año	6	7,9%
2 años	5	6,6%
3 años	12	15,8%
4 años	14	18,4%
5 años	18	23,7%
6 años	14	18,4%
7 años	5	6,6%
Total	76	100%

4.5.1.3. Grupo de edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neonatos	-	-
Lactantes	5	6,6%
Preescolar	20	26,3%
Escolar	51	67,1%
Total	76	100%

Edad

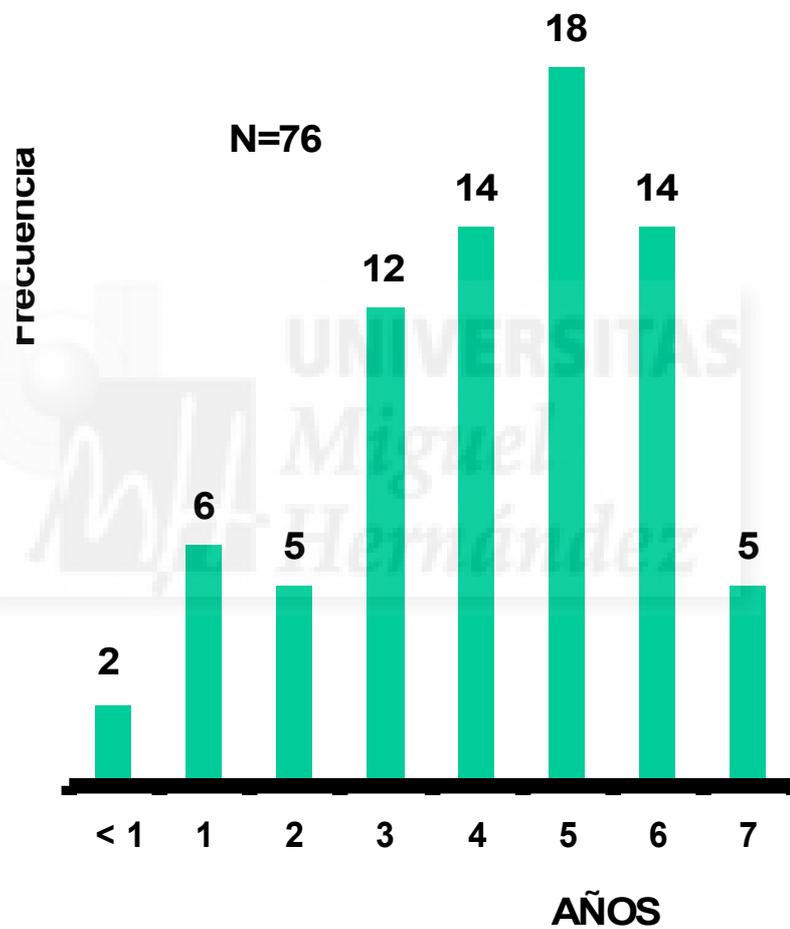


GRÁFICO 46

4.5.1.4. Provincia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	72	94,8%
Resto Provincias	3	3,9%
Extranjeros	1	1,3%
Total	76	100%

4.5.1.5. Mes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	3	3,9%
Febrero	5	6,6%
Marzo	9	11,8%
Abril	9	11,8%
Mayo	8	10,6%
Junio	10	13,2%
Julio	7	9,2%
Agosto	3	3,9%
Septiembre	11	14,5%
Octubre	5	6,6%
Noviembre	4	5,3%
Diciembre	2	2,6%
Total	76	100%

4.5.1.6. Día de la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	10	13,1%
Martes	12	15,8%
Miércoles	8	10,5%
Jueves	16	21,1%
Viernes	7	9,2%
Sábado	13	17,1%
Domingo	10	13,2%
Total	76	100%

4.5.1.7. Día Laborable/Festivo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laborable	60	78,9%
Festivo	16	21,1%
Total	76	100%

4.5.1.8. Hora de la asistencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00	2	2,6%
01	1	1,3%
02	2	2,6%
03	-	-
04	-	-
05	1	1,3%
06	-	-
07	1	1,3%
08	1	1,3%
09	4	5,3%
10	6	7,9%
11	2	2,6%
12	2	2,6%
13	8	10,6 %
14	4	5,3%
15	7	9,2%
16	3	3,9%
17	4	5,3%
18	1	1,3%
19	10	13,3%
20	4	5,3%
21	7	9,2%
22	3	3,9%
23	3	3,9%
Total	76	100%

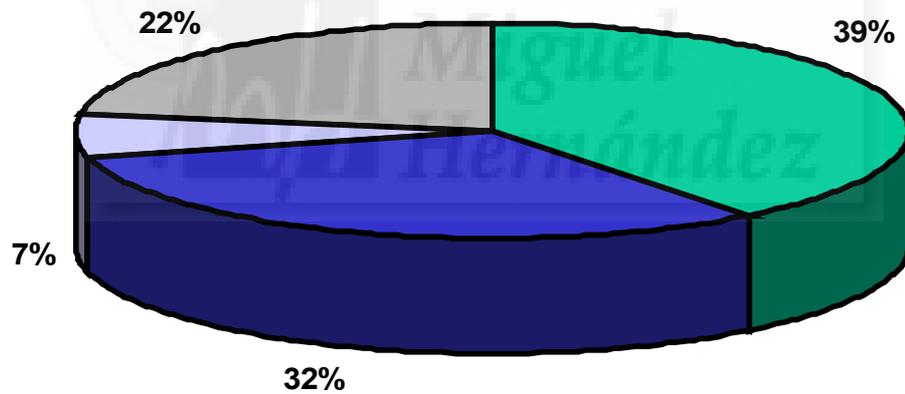
4.5.1.9. Hora en intervalos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00:00-07:59 horas	7	9,2%
08:00-15:59 horas	34	44,7%
16:00-23:59 horas	35	46,1%
Total	76	100%

4.5.1.10. Mecanismo accidental (Gráfico 47)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Atropello	30	39,4%
Automóvil	24	31,6%
Motocicleta	5	6,6%
No consta	17	22,4%
Total	76	100

Mecanismo



N = 76

GRÁFICO 47

4.5.1.11. Diagnóstico clínico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo único	51	67,1%
Traumatismo múltiple	21	27,7%
Sin lesiones	3	3,9%
No consta	1	1,3%
Total	76	100%

4.5.1.12. Tipos de traumatismo único

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T.C.E.	17	22,4%
Contusión	17	22,4%
Herida	8	10,6%
Fractura	3	3,9%
Esguince/Torcedura	2	2,6%
Erosión	2	2,6%
Rotura dental	1	1,3%
Sin lesiones	3	3,9%
No consta	23	30,3%
Total	76	100%

4.5.1.13. Localización de la lesión

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------



Cabeza	34	44,7%
---------------	----	-------



Tronco	3	4,0%
---------------	---	------



Miembro superior	-	-
-------------------------	---	---



Miembro inferior	12	15,8%
Lesiones múltiples	22	28,9%
Sin lesiones	3	4,0%
No consta	2	2,6%
Total	76	100%

4.5.1.14. Destino (Gráfico 48)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	54	71,1%
Hospital	21	27,6%
Exitus	1	1,3%
Total	76	100%



Destino

■ Domicilio ■ Hospital ■ Exitus

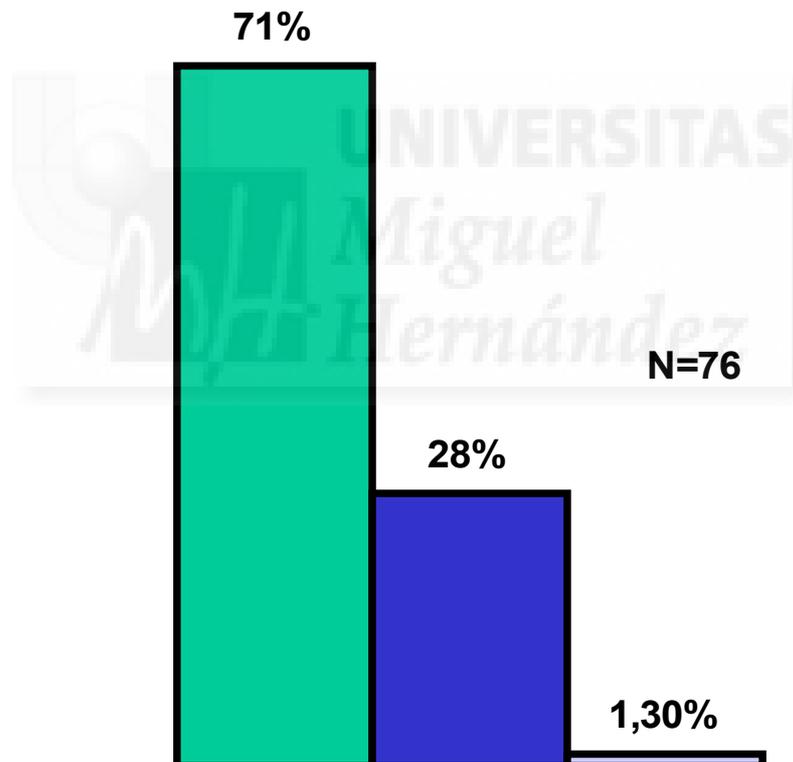


GRÁFICO 48

4.5.1.15. Días de estancia hospitalaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	13,7%
2	3	13,7%
3	3	13,7%
4	6	27,2%
5	3	13,7%
6	1	4,5%
7	2	9,0%
17	1	4,5%
Total	22	100%



4.5.2. TABLAS BIFACTORIALES

4.5.2.1. Distribución del sexo según la edad

		S E X O		
		Niño	Niña	Total
E D A D	< 1 año	1 2,3%	1 3,1 %	2 2,6%
	1 año	3 6,8%	3 9,4%	6 7,9%
	2 años	2 4,6%	3 9,4%	5 6,6%
	3 años	7 15,9%	5 15,6%	12 15,8%
	4 años	8 18,2%	6 18,8%	14 18,4%
	5 años	10 22,7%	8 25,0%	18 23,7%
	6 años	10 22,7%	4 12,5%	14 18,4%
	7 años	3 6,8%	2 6,2%	5 6,6%
	Total	44 100%	32 100%	76 100%

$$\chi^2 = 1,967$$

$$p: 0,962$$

4.5.2.2. Distribución del sexo según el mecanismo accidental (Gráfico 49)

S E X O



		Niño	Niña	Total
--	--	------	------	-------



M	Atropello	13 29,5%	17 53,1%	30 39,4%
----------	-----------	-------------	-------------	-------------



E		15	9	24
C	Automóvil	34,1%	28,1%	31,6 %



A N I S M O		1	4	5
	Motocicleta	2,3%	12,5%	6,6%
		15	2	17
	No consta	34,1%	6,3%	22,4%
		44	32	76
	Total	100%	100%	100%



Sexo-Mecanismo

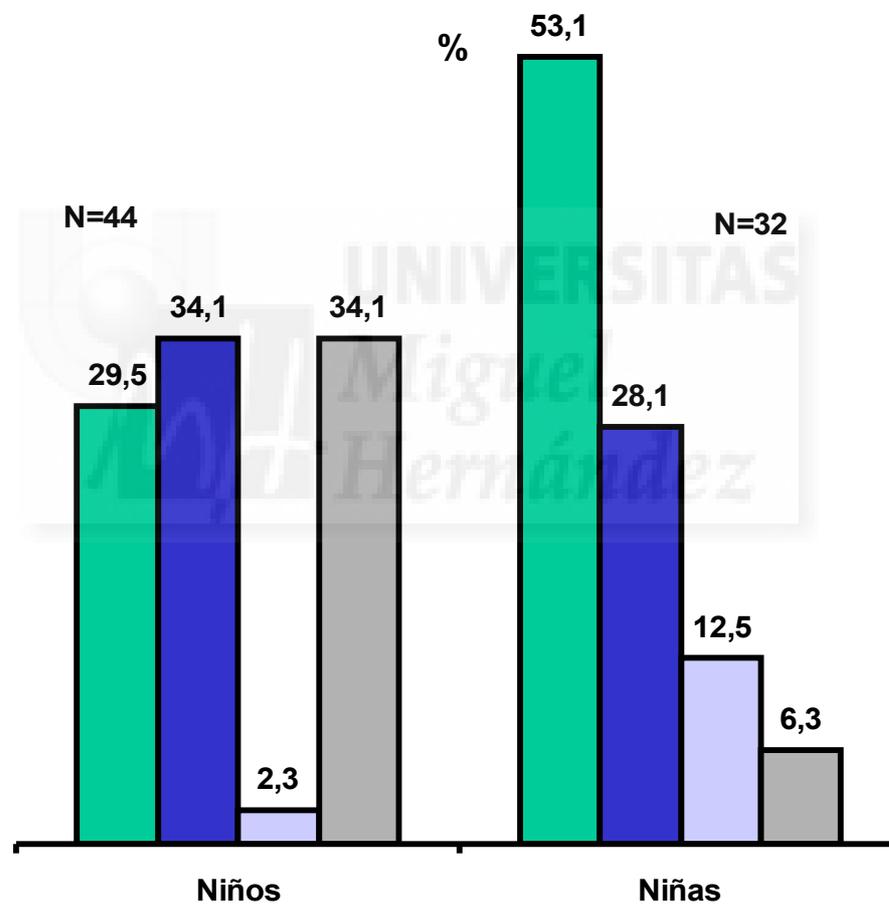


GRÁFICO 49

4.5.2.3. Distribución del sexo según tipo de traumatismo único

SEXO				
T R A U M A T I S M O		Niño	Niña	Total
	T.C.E	11 25,0%	6 18,8%	17 22,4%
	Contusión	9 20,5%	8 25,0%	17 22,4%
	Herida	6 13,6%	2 6,3%	8 10,5%
	Fractura	2 4,5%	1 3,1%	3 3,9%
	Esguince	1	1	2
	Torcedura	2,3%	3,1%	2,6%
	Erosión		2 6,3%	2 2,6%
	Rotura dental	1 2,3%		1 1,3%
	Sin lesión	2 4,5%	1 3,1%	3 3,9%
	No consta	12 27,3%	11 34,3%	23 30,4%
	Total	44 100%	32 100%	76 100%

$$\chi^2 = 5,481$$

$$p: 0,705$$

4.5.2.4. Distribución del sexo según ingreso hospitalario

		INGRESO HOSPITALARIO		
		Sí	No	Total
S E X O		10	34	44
	Niños	22,7%	77,3%	100%
		12	20	32
	Niñas	37,5%	62,5%	100%
		22	54	76
	Total	28,9%	71,1%	100%

$$\chi^2 = 1,966$$

$$p: 0,161$$



4.5.2.5. Distribución de la edad según el día de la semana

EDAD(años)										
	< 1	1	2	3	4	5	6	7	Total	
D í A	Lunes	1 50,0%	1 16,6%		2 16,7%	2 14,3%	1 5,5%	1 7,1%	2 40,0%	10 13,1%
	Martes	1 50,0%	1 16,6%		3 25,0%	2 14,3%	3 16,7%	1 7,1%	1 20,0%	12 15,8%
	Miércoles		1 16,6%		1 8,3%	2 14,3%	2 11,1%	2 14,3%		8 10,5%
	Jueves		1 16,6%	1 20,0%		2 14,3%	5 27,8%	6 42,9%	1 20,0%	16 21,1%
	Viernes				3 25,0%	1 7,1%	3 16,7%			7 9,2%
	Sábado		1 16,6%	3 60,0%	2 16,7%	2 14,3%	1 5,5%	3 21,5%	1 20,0%	13 17,1%
	Domingo		1 16,6%	1 20,0%	1 8,3%	3 21,4%	3 16,7%	1 7,1%		10 13,2%
	Total	2 100%	6 100%	5 100%	12 100%	14 100%	18 100%	14 100%	5 100%	76 100%

$$\chi^2 = 36,623$$

$$p: 0,705$$

4.5.2.6. Distribución de la edad según el mecanismo accidental

MECANISMO					
				No consta	Total
	Atropello	Automóvil	Motocicleta		

E	<1 año				2	2
					100%	100%
D	1 año	2	3		1	6
		33,3%	50,0%		16,7%	100%
A	2 años	3	2			5
		60,0%	40,0%			100%
D	3 años	3	5	1	3	12
		25,0%	41,7%	8,3%	25,0%	100%
A	4 años	5	5	1	3	14
		35,7%	35,7%	7,1%	21,5%	100%
D	5 años	8	3	2	5	18
		44,4%	16,7%	11,1%	27,8%	100%
D	6 años	5	5	1	3	14
		35,7%	35,7%	7,1%	21,5%	100%
D	7 años	4	1			5
		80,0%	20,0%			100%
D	Total	30	24	5	17	4108
		39,4%	31,6%	6,6%	22,4%	100%

$$\chi^2 = 17,529$$

$$p: 0,679$$

4.5.2.7. Distribución de la edad según el ingreso hospitalario

INGRESO HOSPITAL			
	Sí	No	Total
< 1 año		2	2
		100%	100%
1 año	3	3	6
	50,0%	50,0%	100%

E	2 años		5	5	100%	100%		
	D	3 años	5	7	12	41,7%	58,3%	100%
		A	4 años	3	11	14	21,4%	78,6%
	D		5 años	5	13	18	27,8%	72,2%
		6 años	4	10	14	28,6%	71,4%	100%
	7 años	2	3	5	40,0%	60,0%	100%	
	Total	22	54	76	28,9%	71,1%	100%	

$$\chi^2 = 5,783$$

$$p: 0,565$$



4.5.2.8. Distribución del mes según el mecanismo accidental

	MECANISMO				
	Atropello	Automóvil	Motocicleta	No consta	Total
Enero		2 66,7%		1 33,3%	3 100%
Febrero	1 20,0%	3 60,0%		1 20,0%	5 100%
Marzo	5 55,6%	4 44,4%			9 100%

M E S	Abril	1 11,1%	6 66,7%		2 22,2%	9 100%
	Mayo	2 25,0%	1 12,5%	1 12,5%	4 50,0%	8 100%
	Junio	7 70,0%	2 20,0%		1 10,0%	10 100%
	Julio	2 28,6%	1 14,3%		4 57,1%	7 100%
	Agosto		1 33,3%		2 66,7%	3 100%
	Septiembre	7 63,6%	1 9,1%	2 18,2%	1 9,1%	11 100%
	Octubre	2 40,0%		2 40,0%	1 20,0%	5 100%
	Noviembre	3 75,0%	1 25,0%			4 100%
	Diciembre		2 100%			2 100%
	Total	30 39,5%	24 31,6%	5 6,6%	17 22,4%	76 100%

4.5.2.9. Distribución del día de la semana según el mecanismo accidental

	MECANISMO					
	Atropello	Automóvil	Motocicleta	No consta	Total	
D	Lunes	7 70,0%	2 20,0%		1 10,0%	10 100%
	Martes	5 41,7%	3 25,0%	1 8,3%	3 25,0%	12 100%
	Miércoles	5 62,5%	1 12,5%		2 25%	8 100%

I A	Jueves	3 18,8%	6 37,4%	4 25,0%	3 18,8%	16 100%
	Viernes	3 42,9%	3 42,9%		1 14,2%	7 100%
	Sábado	7 53,8%	5 38,5%		1 7,7%	13 100%
	Domingo		4 40,0%		6 60,0%	10 100%
	Total	30 39,4%	24 31,6%	5 6,6%	17 22,4%	76 100%



4.5.2.10. Distribución del día Laborable/Festivo según el mecanismo accidental

LABORABLE /FESTIVO				
M		Laborable	Festivo	Total
	E		30	
C	Atropello	50,0%		39,4 %
A		16	8	24
N	Automóvil	26,7%	50,0%	31,6%

I S M O		5		5
	Motocicleta	8,3%		6,6%
	No consta	15,0%	50,0%	22,4%
	Total	100%	100%	100%



4.5.2.11. Distribución del mecanismo accidental según el ingreso hospitalario (Gráfico 50)

	INGRESO HOSPITAL			
		Sí	No	Total
M E C A	Atropello	10 33,3%	20 66,7	30 100 %
	Automóvil	11 45,8%	13 54,2%	24 100%

N I S M O		1	4	5
	Motocicleta	20,0%	80,0%	100%
	No consta		17	17
	Total	22	54	76
		28,9%	71,1%	100%



Ingreso-Mecanismo

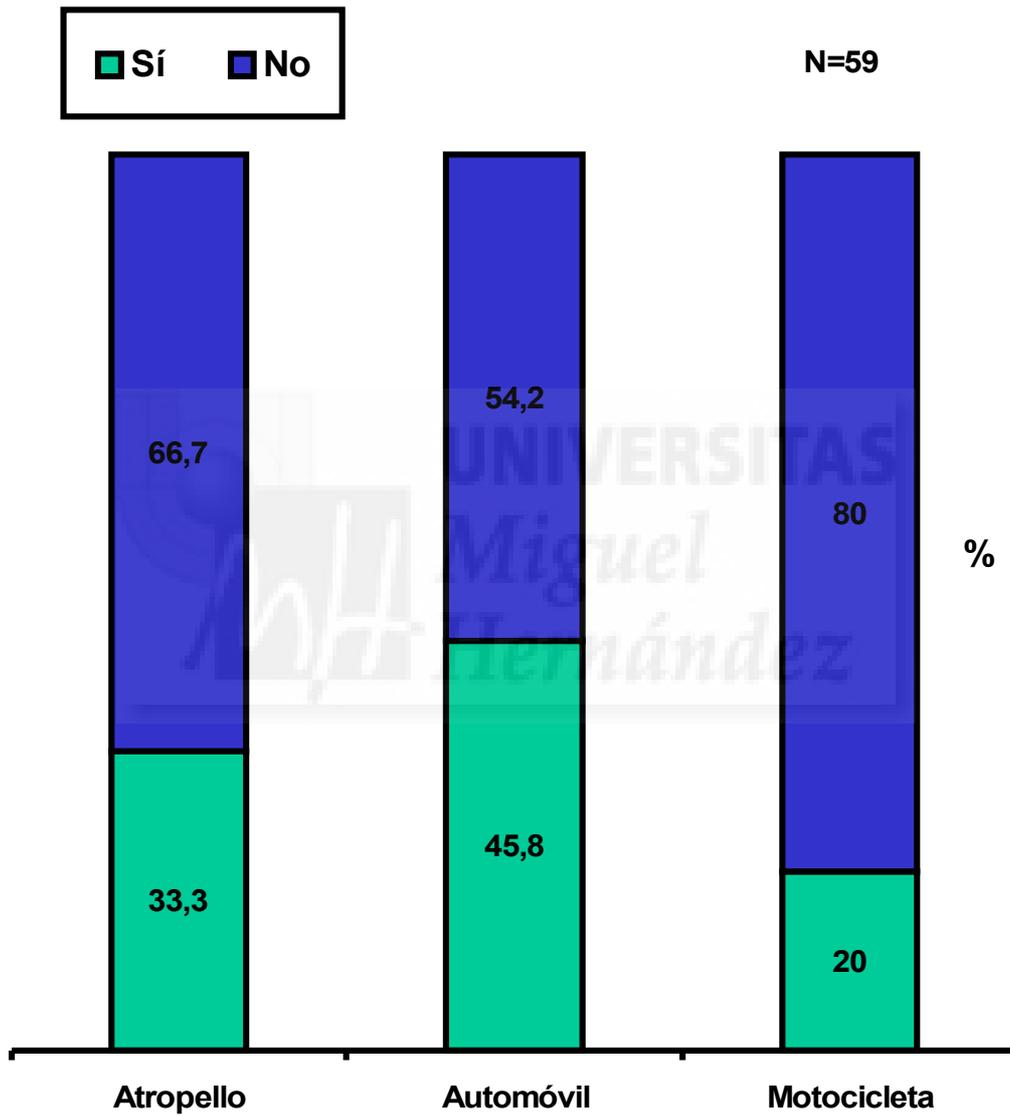


GRÁFICO 50

4.6. OTRAS ETIOLOGÍAS

4.6.1. AGRESIÓN

Nº 1:

- Niña de 6 años, residente en Alicante.
- Contusión en ojo y anexos (921).
- Puñetazo por persona no especificada.

Nº 2:

- Niño de 6 años, residente en San Vicente.
- Contusión en tobillo (924.21).
- Lanzamiento piedra persona no especificada.

Nº 3:

- Niño de 7 años, residente en Alicante.
- Contusión genitales (922.4).
- Agresión no especificada.

Nº 4:

- Niño de 6 años, residente en Aspe.
- Contusión globo ocular (921.3).
- Estancia hospital: 2 días.
- Agresión no especificada.

Nº 5:

- Niño de 5 años, residente en Alicante.
- Contusión en cadera (924.01).
- Patada por persona no especificada.

Nº 6:

- Niño de 5 años, residente en Alicante.
- Contusión pared torácica (922.1).
- Agresión no especificada.

Nº 7:

- Niño de 4 meses, residente en Guardamar del Segura.
- Fractura de base de cráneo. Cerrada sin mención de lesión intracraneal (801.0).
- Estancia hospital: 11 días.
- Agresión no especificada.

Nº 8:

- Niño de 6 años, residente en Alicante.
- Traumatismo cadera y muslo (959.6).
- Agresión no especificada.

Nº 9:

- Niña de 3 meses, residente en Alicante.
- Contusión cara y cuero cabelludo (920).
- Herida en cara (873.40).
- Hemorragia rectal y anal (569.3).
- Estancia hospitalaria: 6 días.
- Agresión por una prima de 4 años.

Nº 10:

- Niña de 7 años, residente en Alicante.
- Traumatismo no especificado (959.9).
- Agresión no especificada.

Nº 11:

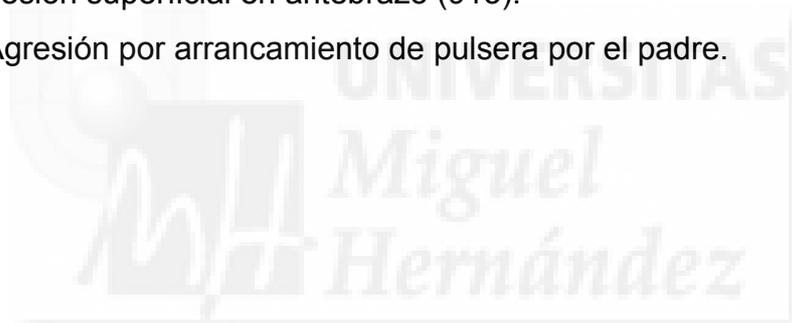
- Niña de 3 años, residente en Alicante.
- Traumatismo sitios múltiples (959.8): Hematoma pómulo derecho; lesión lóbulo oreja derecha; lesión oval compatible con mordedura en antebrazo derecho.
- Según refiere la madre fue agredida en la guardería.

Nº 12:

- Niño de 5 años, residente en Alicante.
- Traumatismo en cara y cuello (959.0).
- Agresión no especificada.

Nº 13:

- Niño de 7 años, residente en Alicante.
- Lesión superficial en antebrazo (913).
- Agresión por arrancamiento de pulsera por el padre.



4.6.2. MALOS TRATOS

Nº 1:

- Niña de 4 años, residente en San Vicente.
- Exploración normal.
- Padre acusado de malos tratos.

Nº 2:

- Niño de 3 años, residente en Alicante.
- Síndrome de niño maltratado (995.5).
- Dermatitis atópica (691.8)
- Estancia hospitalaria: 6 días.
- Niño apaleado y maltratado por uno de los padres.

Nº 3:

- Niño de 2 años, residente en Alicante.
- Síndrome de niño maltratado (995.5).
- Contusión múltiples sitios miembro inferior (924.8).
- Estancia hospitalaria: 4 días.
- Niño apaleado y maltratado.

Nº 4:

- Niña de 2 años, residente en Alicante.
- Lesión intracraneal (854.01).
- Síndrome de niño maltratado (995.5).
- Otitis media (382.9).
- Estancia hospitalaria: 6 días.
- Niño apaleado y maltratado.

Nº 5:

- Niño de 2 meses, residente en Alicante.
- Fractura de base de cráneo. Cerrada sin mención de lesión intracraneal (801.0).
- Estancia hospitalaria: 4 días.
- Refieren forcejeo entre ambos padres.
- Niño apaleado y maltratado.

Nº 6:

- Niña de 20 días, residente en Alicante.
- Erosión zona lumbar. Lesión superficial de tronco (911).
- Sospecha de malos tratos. Remitida al hospital por pediatra.

Nº 7:

- Niño de 3 años, residente en Alicante.
- Traumatismo sitios múltiples (959.8): Hematoma pabellón auricular; leve tumefacción de pirámide nasal; hematoma labio superior; herida contusa en mucosa labio superior.
- Agresión por el padre. Refiere la madre que se ha golpeado contra el suelo tras golpearle su padre.

4.6.3. ABUSO SEXUAL

Nº 1:

- Niño de 7 años, residente en Alicante.
- No se aprecian lesiones perianales.
- Exploración por el Forense.
- Supuesta agresión sexual con penetración anal hace siete días.

Nº 2:

- Niña de 4 años, residente en Alicante.
- Abuso sexual por un menor.
- Exploración normal.

Nº 3:

- Niña de 6 años, residente en Alicante.
- Posible agresión sexual (restos hemáticos en braguitas).
- Exploración normal.

Nº 4:

- Niña de 7 años, residente en Alicante.
- Traumatismo en tronco (959.1).
- Enviada por pediatra para descartar abuso sexual por niño de 14 años.

4.6.4. OTRAS CAUSAS

Nº 1:

- Niño de 2 meses, residente en Alicante.
- Síndrome de abstinencia (292.0).

Nº 2

- Niña de 4 años, residente en San Vicente.
- Fractura de clavícula (810).
- Otras causas.



5. DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN

Durante el año que comprende nuestro estudio, hemos recogido un total de 4.108 asistencias por lesiones, del total de 22.241 Hojas de Urgencia revisadas. Ello, nos indica que el 18,47% de las urgencias hospitalarias entre los niños de 0 a 7 años, corresponden a lesiones originadas por distintas etiologías. Se registra una media de 11,2 lesionados/día.

Al revisar otros trabajos publicados, observamos diferencias apreciables respecto a esta cuestión.

Pollina et al.⁶², en un estudio realizado en el Hospital Infantil “Miguel Servet “ de Zaragoza, sobre un total de 60.189 urgencias pediátricas hospitalarias, en niños de 0 a 14 años, señalan que 14.301 casos fueron atendidos por accidente, es decir, el 23,8%. Con una media de 39,2 accidentes/día.

Molina et al.⁶³ señalan que, las asistencias por accidentes en niños entre 0 y 15 años, fueron el 12,3% de un total de 65.110 urgencias pediátricas en el Hospital Infantil “Niño Jesús” de Madrid. Con una media de 22 accidentes/día.

Pou et al.⁴⁵, sobre un total de 173.855 niños de 0 a 18 años, atendidos en el Hospital San Juan de Déu de Barcelona, encuentran que, el 16,69% de ellos, lo fueron por accidente.

También en Barcelona, Plaza⁴⁴, analiza 314.000 visitas al Servicio de Urgencias Pediátricas, durante cuatro años, en niños de 0 a 18 años y, recoge que, el 21,2% de las urgencias, corresponden a accidentes e intoxicaciones.

Christopher et al.⁶⁴ en Cleveland, sobre 669 casos, entre la población infantil de 0 a 8 años, reflejan un 25,7% de las asistencias totales.

Escorihuela et al.⁶⁵, analizando las asistencias pediátricas en niños asistidos en Madrid, menores de 14 años, resaltan que, el 24% de las urgencias, corresponden a lesiones por accidentes.

Cervantes et al.⁶⁶ a través de un estudio regional realizado en Murcia, con niños menores de 7 años, constatan que, las consultas por accidentes, supusieron el 20% del total de las asistencias hospitalarias.

En Las Palmas de Gran Canaria, Gago et al.⁶⁷, sobre 4.858 casos, encuentran que los accidentes, representan el 26% del total de las urgencias, entre los niños de 0 a 7 años.

En la UAE, Bener et al.⁶⁸ (1998) sobre un total de 30.485 niños atendidos, entre 0 y 14 años, citan que, 17.498 niños fueron asistidos por accidentes, es decir, un 57,4% del total de las urgencias.

Adesunkanmi et al.⁶⁹, al analizar las lesiones infantiles en el Hospital Wesley de Nigeria, encuentran que, el 9% del total de las asistencias en los Servicios de Urgencia, corresponden a accidentes, entre los niños de 2 meses a 15 años.

Urgencias Pediátricas	Lesionados
Bañón (0-7años)	18,4%
Cervantes et al. (0-6 años)	20,0%
Gago et al. (0-7 años)	26,0%
Cristopher et al. (0-8 años)	25,7%
Pollina et al. (0-14 años)	23,8%
Escorihuela et al. (0-14 años)	24,0%
Bener et al.(0-14 años)	57,4%
Molina et al. (0-15 años)	12,3%
Adesunkanmi et al.(0-15 años)	9,0%
Pou et al. (0-18 años)	16,6%
Plaza (0-18 años)	21,2%

TablaIV. Porcentaje de lesionados por accidente en las urgencias pediátricas.

- **Sexo:** El sexo predominante en nuestra muestra, ha sido el masculino. Los datos analizados nos indican que, las lesiones por accidentes son más frecuentes en niños (58,5%) que en niñas (41,5%). Obtenemos una relación Niño/Niña de 1,41:1.

Estos datos coinciden con la mayoría de los estudios publicados por otros autores.

Así, en un estudio realizado, en Palma de Mallorca, por Arbós et al.⁷⁰ con niños menores de 14 años, asistidos en Atención Primaria, señalan, 58,4% de niños y 41,6% de niñas.

Constan et al.⁷¹, analizando los accidentes infantiles, atendidos en Centros de Salud de Granada, reflejan un 59,9% del sexo masculino y un 40,1% del femenino.

Bener et al.⁷² (1996), sobre 16.518 lesionados hasta los 14 años de edad, en la UAE, encuentran, un 69,9% de niños y, un 30,1% de niñas.

Lindblad y Terkelsen⁷³ en un análisis, realizado en Dinamarca, sobre 1.590 accidentes en niños entre 0-14 años, señalan un 60,9% de sexo masculino y, un 39,1% de sexo femenino.

Laflamme y Eliert-Petersson⁷⁴, estudiando las lesiones presentadas en niños, menores de 7 años, en Suecia, observan, un 58% de niños y un 42% de niñas.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, al analizar las lesiones accidentales en niños, de 0 a 14 años, señala, un 61% de lesionados del sexo masculino frente a un 39% del sexo femenino. Con una relación: 1,6/1.

Verd y Villalonga⁷⁶, al revisar los accidentes ocurridos en una escuela, con niños de 4 a 18 años, hallan un 77,4% de niños y un 22,5% de niñas.

En el año 1998, "The National Health Care Survey", de USA, publica las lesiones atendidas durante el período 1992-95, en los Departamentos de Emergencia⁷⁷, y señala que, sobre un total de 3.499.000 lesiones en niños de 0 a 5 años, el 56,7%, corresponde al sexo masculino y, el 43,3% al sexo femenino.

Sexo	Niños	Niñas
Bañón (0-7 años)	58,5%	41,5%
N.C.H.S (0-5 años)	56,7%	43,3%
Laflamme (0-6 años)	58,0%	42,0%
Cervantes Pardo (0-6 años)	59,9%	30,1%
Cristopher (0-8 años)	65,1%	34,9%
Arbós (0-14 años)	58,4%	41,6%
Constan (0-14 años)	59,9%	40,1%
Bener (0-14 años)	69,9%	30,1%
Lindlad (0-14 años)	60,9%	39,1%
Grupo Multicéntrico (0-14 años)	61,0%	39,0%
Bener y Al-Salman (0-14 años)	69,6%	30,1%
Elias Pollina (0-14 años)	58,2%	41,8%
Escorihuela (0-14 años)	60,0%	40,0%
Molina Cabañero (0-15 años)	54,2%	45,8%
Adesunkanmi (0-15 años)	60,7%	39,3%
Pou Fernández (0-18 años)	51,5%	48,5%
Verd (4-18 años)	77,4%	22,5%

Tabla V. Sexo de los niños asistidos expresado en porcentaje.

Valorando el sexo, de aquellos accidentados que, por las lesiones presentadas, ha sido necesario su ingreso en el Hospital, encontramos, una mayor incidencia en los niños varones; así, el 64,6% de los ingresos hospitalarios, corresponden al sexo masculino y, el 35,4% al sexo femenino.

Al igual que nosotros, Elías et al.⁶², señalan valores más significativos respecto al sexo, en los ingresos hospitalarios por accidente, 67,4% masculino y, 32,6% femenino.

En Andalucía, González-Meneses⁷⁸, estudiando los ingresos hospitalarios por accidentes e intoxicaciones, en niños de 0-14 años, señala que, los niños representan el 61%, frente a las niñas, con el 39%.

Ingreso Hospital	Niños	Niñas
Bañón	64,6%	35,4%
Elías et al.	67,4%	32,6%
González-Meneses	61,0%	39,0%

Tabla VI. Sexo de los lesionados en los ingresos hospitalarios.

Si consideramos los 79 partes de lesiones, emitidos durante el tiempo de estudio, observamos que, el 64,6% de ellos corresponden a niños y, el 35,4%, a niñas.

Al relacionar el sexo de los lesionados con la edad, encontramos un predominio del sexo masculino en todos los grupos de edad.

En el primer caso, al relacionar el sexo con la variable edad, donde agrupamos a los niños por años, el porcentaje más elevado de niños varones, lo hallamos en los de 1 año (17,5%), y el menor porcentaje, en los menores de 1 año (7,0%).

Respecto al sexo femenino, el mayor porcentaje de niñas, también se encuentra en las de 1 año (22,2%), y el menor porcentaje, en las de 7 años (7,9%).

Al observar esta distribución, hemos aplicado la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, con el fin de valorar la dependencia de ambas variables, comprobando la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,002$), que nos indican, una relación de dependencia entre las variables no debida al azar.

En el segundo caso, al relacionar la distribución del sexo con la variable grupo de edad, donde agrupamos a los niños, según su etapa de desarrollo, comprobamos, que el mayor porcentaje de niños varones, se observa en el grupo Escolar, con el 44,0% y el menor, en el grupo de Neonatos con el 0,2%.

En el sexo femenino, el mayor número de niñas, lo encontramos en el grupo Preescolar, con un 42,3%, y el menor, en el grupo de Neonatos, con el 0,2%.

Al aplicar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado entre ambas variables, obtenemos datos con significación estadística ($p: 0,009$).

Larsson y Aurelius⁷⁹, en un estudio realizado en Suecia, con niños entre 0 y 10 años, ponen de manifiesto, una mayor incidencia de accidentes en los niños varones en todas las edades, exceptuando a los de 2 años, donde las niñas, suponen el 51,5%, frente a los niños, con un 48,5%.

Lindlad y Terkelsen⁷³, al relacionar el sexo y la edad, también encuentran significación estadística ($p < 0,0001$).

La distribución de la variable sexo respecto a la causa de la lesión, nos indica, un mayor porcentaje de lesionados, tanto del sexo masculino como del femenino, en los accidentes casuales con 91,7% y 91,0%, respectivamente.

No encontramos relaciones de dependencia, entre las variables consideradas ($p: 0,831$).

Constan et al.⁷¹, tampoco observan valores, estadísticamente significativos, entre el sexo y la causa de la lesión.

Estudiando la distribución de la variable sexo respecto al diagnóstico clínico de la lesión, hallamos, como valores más representativos que, el 79,7% de los niños, presentan traumatismo único, porcentaje, similar al de las niñas, con el 77,7%.

Al realizar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado entre ambas variables no se aprecian valores que indique diferencias estadísticas significativas ($p: 0,072$).

Los datos recogidos por Elías et al.⁶², indican, al igual que nosotros, la ausencia de significación estadística, entre la variable sexo y los distintos grupos de diagnóstico.

Al relacionar el sexo con las variables de temporalidad (mes, día, etc), no encontramos valores que nos indiquen una significación estadística. Sin embargo, al considerar la distribución del sexo según la variable hora (intervalos), observamos que, en el tramo horario de 16-23 horas, son atendidos el 63% de los niños, y el 59,4% de las niñas.

Tras aplicar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado comprobamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,029$).

No hemos hallado datos de otros autores respecto a esta relación.

- **Edad:** La edad más frecuente, en los en los niños que presentan lesiones, es de 1 año, el 19,4% del total y, la de menor frecuencia, corresponde a los menores de 1 año, con el 7,6%.

La incidencia de lesiones, decrece con la edad a partir del primer año de vida.

La media, es de 3,19 años, con una desviación típica de 2,095. El valor de la moda es de 1, y la mediana, de 3.

Si hacemos la valoración por el grupo de edad, nos encontramos que, en la edad Escolar y Preescolar, se registra un mayor número de lesionados, con el 42% y el 40,9%, respectivamente.

También, hemos de resaltar que, los menores de 4 años, es decir, Neonatos, Lactantes y Preescolares, constituyen el grupo de mayor riesgo, con el 58% de las lesiones. Y, si dentro de este grupo, consideramos a los niños entre 0-2 años, observamos, el 43,9% de todos los lesionados

Como nosotros, Laflamme y Eliert-Petersson⁷⁴, hallan en Suecia, que el grupo con mayor incidencia de lesiones, corresponde al de 1 año y, además, que el número de lesionados, decrece con la edad del niño.

Cristopher et al.⁶⁴, refieren que, el 65% de los accidentes ocurren en niños, entre 0 y 4 años de edad.

Cervantes et al.⁶⁶, señalan, a los menores de 1 año, como a los que sufren menor número de accidentes y, al grupo de 1-3 años, como el de mayor incidencia.

Aunque, la población de estudio difiere con nuestra muestra, en el tramo de edad considerado, otros autores, indican datos semejantes. Así,

Elías et al.⁶², obtienen, una moda de 2 años.

Molina et al.⁶³, señalan, a los menores de 4 años, como la población de mayor riesgo, y que el 48,5% de los accidentes, suceden en niños menores de 5 años.

Lindblad y Terkelsen⁷³, hallan una mayor incidencia, en el grupo de 0-2 años.

Arbós et al.⁷⁰, refieren en su trabajo que, entre los niños de 0-14 años, el mayor número de accidentes, se produce entre los 15 meses y los 3 años de edad.

Al relacionar la edad con el sexo de los lesionados, encontramos, en los niños de 5 años, el 63,8% del sexo masculino, mientras que, en los de 1 año, observamos, el porcentaje más bajo, un 52,7%.

Por el contrario, en las niñas, el mayor porcentaje de lesionadas corresponde, a la edad de 1 año con el 47,3% y el menor, a las niñas de 5 años, con el 36,2%.

Al observar esta distribución, hemos aplicado la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, con el fin de valorar la dependencia de ambas variables, comprobando la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,002$) que nos indican, una relación de dependencia entre las variables, no debida al azar.

Si consideramos, la distribución por grupos de edad en relación al sexo, hemos de señalar que, los niños varones en edad Escolar, presentan una mayor incidencia de lesiones, representando el 61,5% del total. En el caso del

sexo femenino, el grupo de Lactantes, presenta el porcentaje más alto, el 45,3%.

Al aplicar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,009$).

Estudiando la distribución de la edad respecto a las variables de temporalidad, indicamos los datos más significativos.

En general, en todas las edades, encontramos un mayor número de lesionados durante los meses de verano, especialmente, durante el mes de Agosto (10,9%). Sin embargo, en los niños de 4 años, constatamos un mayor número de accidentes en el mes de Abril (11%). El análisis de estos datos, indican una significación estadística entre ambas variables ($p: 0,009$).

Por el contrario, no encontramos relación de dependencia, no debida al azar, entre la edad del niño y el día de la semana en que se produce la lesión ($p: 0,356$).

Al estudiar la distribución de la edad del accidentado, según la hora de llegada al Servicio de Urgencia, resaltamos que, en todas las edades, la mayor afluencia, se registra entre, las 16 y las 23 horas.

Realizando la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, observamos significación estadística ($p: 0,003$).

Analizando la edad del niño lesionado con la causa de la lesión, vemos que, en todas las edades, la etiología más frecuente, es la casual, con el 93,4%, en los niños de 2 años, y el 89,4%, en los menores de 1 año.

Hemos de resaltar, sin embargo, que los accidentes de tráfico, suponen el 3,8% de las lesiones en los niños de 5 años y, las lesiones causadas por animales, representan, en los niños de 4 años, el 8,4% del total.

Al observar esta agrupación de los datos, aplicamos la prueba de chi-cuadrado, para valorar la dependencia o independencia de las dos variables, constatando que, no existen diferencias estadísticamente significativas.

En su informe anual de 1998⁷⁷, "The National Health Care Survey" de USA, señala, en referencia a los accidentes de tráfico, un dato semejante al

nuestro, ya que, en los niños menores de 5 años, este tipo de etiología, causa el 4,3% del total de lesionados.

La relación entre la edad y el diagnóstico clínico, nos muestra, en todas las edades, un claro predominio del traumatismo único. Pero, también hemos de señalar que, en los menores de 1 año, las picaduras, constituyen el 8% de los diagnósticos; la presencia de cuerpos extraños suponen, en los niños de 3 años, el 9,1% del total de diagnósticos; las intoxicaciones, el 7,9% en los de 2 años y, en los niños de un año, las quemaduras, representan el 3,9%.

La prueba de chi-cuadrado, nos indica que, es probable que el resultado observado sea debido al azar.

Otros autores, señalan diferencias significativas, al relacionar ambas variables. Así,

En Zaragoza, Elías et al.⁶², encuentran, en las intoxicaciones y la presencia de cuerpos extraños, una menor edad media ($p < 0,0001$).

Constan et al.⁷¹, en el grupo de edad de 0-4 años, señalan una mayor incidencia de quemaduras.

Cervantes et al.⁶⁶, observan, en los niños de 0-3 años, mayor frecuencia de intoxicaciones (10,7%), quemaduras (6,4%) y cuerpos extraños (6,4%).

Escorihuela et al.⁶⁵, refieren que, las intoxicaciones, son más frecuentes en los niños de 2 años.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, de Galicia, resalta, entre los niños menores de 5 años, intoxicaciones, quemaduras y presencia de cuerpos extraños.

Si tenemos en cuenta, la relación de la edad con el ingreso hospitalario, resaltamos, que el mayor porcentaje de ingresos, se produce en los niños de 6 años, el 7,2% y, el menor, en los niños de 7 años, 2,1%.

No encontramos significación estadística, al realizar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado.

- **Mes:** La distribución de los accidentes, asistidos a lo largo de los meses del año, nos indica que, Agosto es el mes con mayor número de lesionados, con el 10,9%, a continuación, Septiembre con 9,9%, y Mayo con el 9,6%. El mes de menor incidencia, corresponde a Diciembre, con el 6,1% del total.

Aunque, no se observan diferencias importantes en el número de lesionados durante los distintos meses, creemos, que la situación geográfica de la zona de estudio favorece esta distribución, con una mayor incidencia en los meses más cálidos.

En Madrid, Molina et al.⁶³, no encuentran diferencias valorables, entre los meses del año. La mayor incidencia, se registra en Abril, con un 10,2% y la menor, en Julio y Agosto.

Estudiando las lesiones en la población infantil, entre 0 y 14 años, en Israel, Gofin et al.⁸⁰, observan, una mayor incidencia en los meses de verano, de Junio hasta Agosto.

Elías et al.⁶², en su estudio realizado en Zaragoza, no obtienen diferencias significativas, en cuanto a la distribución de los accidentes infantiles, entre los diferentes meses del año.

Cervantes et al.⁶⁶, encuentran, en la Región de Murcia, una mayor incidencia en los meses de Primavera, Junio y Agosto.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, señala, a los meses de Julio y Agosto, como los de mayor número de lesionados.

En Baleares, Arbós et al.⁷⁰, identifican, el final de la Primavera y el principio del Otoño, como los períodos del año con más accidentes infantiles, coincidiendo con el inicio del curso escolar.

Al relacionar el mes en que se produce la lesión con la hora en que se realiza la asistencia, observamos que, en todos los meses, hay un claro predominio del intervalo, 16-23 horas (61,5%), sobre el resto. Destacamos, el mes de Mayo, como el de mayor porcentaje (67,3%) y, los meses de Febrero y Diciembre (57,6%), como los de menor incidencia, en el citado intervalo.

En el mes de Diciembre, se produce el mayor porcentaje de asistencias a urgencias, entre las 8-15 horas, el 40,8%

En relación con el intervalo de 0-7 horas, Agosto ocupa el primer lugar con el 9,8% del año de estudio.

Al observar estos datos, hemos realizado la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, que nos indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,000$).

La distribución de la variable mes según el sexo del lesionado, nos permite apreciar, el predominio del sexo masculino, en todos los meses del año.

No observamos en los datos, diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,388$).

El análisis de la distribución del mes respecto de la edad del niño, pone de manifiesto que, los niños de 1 año, constituyen el grupo de mayor riesgo, ya que, exceptuando los meses de Febrero, Julio y Diciembre, presentan los porcentajes más altos sobre el resto de edades; el mes de Septiembre, con un 25,2%, es el de mayor incidencia.

Queremos destacar que, en el mes de Noviembre, encontramos la menor edad media, con 2,98 años y, en Julio, la mayor con 3,51 años.

Observamos, que existe la suficiente evidencia para dudar de la hipótesis nula ($p:0,009$).

Al relacionar el mes en que se produce la lesión, con la causa que la motiva, coincidimos con otros autores, al señalar que, las lesiones producidas por animales, son más frecuentes en los meses de primavera y verano^{63,62,66}.

Los accidentes de tráfico, tienen su mayor incidencia, en Junio, Marzo y Septiembre y, la menor, en Agosto y Diciembre.

En su estudio, Elías et al.⁶³, señalan a los meses de verano, como los de mayor número de accidentes de tráfico.

Las lesiones motivadas por accidentes casuales, presentan una amplia distribución a lo largo de todo el año. El mayor porcentaje, lo encontramos en el mes de Diciembre, con el 97,2% del total de niños atendidos.

Hemos encontrado diferencias estadísticas significativas, entre ambas variables (p: 0,023).

Analizando la relación entre el mes y el diagnóstico clínico de la lesión, observamos, que el traumatismo único, es el diagnóstico más frecuente, en especial, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre. Por otra parte, los traumatismos múltiples, presentan su mayor incidencia, en los meses de verano.

Resaltamos también, que durante los meses de Enero y Febrero, las lesiones por quemadura son más frecuentes y, en Febrero y Marzo, las intoxicaciones.

No hemos encontrado diferencias significativas, al relacionar la variable mes con el ingreso hospitalario (p: 0,362). El mes de Marzo, presenta el valor más alto, con el 7,5% del total de lesionados.

En Zaragoza, Elías et al.⁶², aprecian, un mayor número de ingresos hospitalarios, durante los meses de verano.

- **Día de la semana:** El estudio de las frecuencias de distribución de los accidentes infantiles, en los días de la semana, nos indica que, el Domingo (16%) y el Sábado (15,5%), registran la mayor incidencia, con 12,67 lesiones / día y 12,25 lesiones / día, respectivamente. Los días con menor número de asistencias por lesiones, corresponden al Lunes, con un porcentaje del 13,4%, y al Miércoles, con un 13,4%.

Si tenemos en cuenta, que el día de la asistencia, sea laborable o festivo, encontramos, que los días festivos, presentan una media de 12,57 lesiones / día, frente a los laborables, con 11,08 lesiones / día.

Algunos autores, coinciden con nuestros datos. Así:

Cervantes et al.⁶⁶ y Gago et al.⁶⁷, señalan, que el día de mayor incidencia, corresponde al Domingo.

En Israel, Gofin et al.⁸⁰, observan que, el 50% de las lesiones infantiles, ocurren en Sábado o día festivo.

Molina et al.⁶³, encuentran en Madrid que, los días festivos, presentan una media de 22,3 lesiones / día, frente a los días laborales, con un valor de 21,9 lesiones / día.

Sin embargo, otros autores difieren en esta cuestión. Para,

Sacks et al.⁸¹, en el estudio epidemiológico realizado en Atlanta, el día de mayor incidencia, corresponde al Lunes.

Y, Arbós et al.⁷⁰, Escorihuela et al.⁶⁵ y Elías et al.⁶², coinciden al señalar que, no encuentran predominio entre los días de la semana.

Urgencias Pediátricas	Día de la semana
Bañón	Domingo/Sábado
Cervantes et al.	Domingo
Gago et al.	Domingo
Gofin et al.	Sábado/Festivo
Sacks	Lunes
Molina et al.	Festivo
Arbós et al.	Sin significación
Escorihuela et al.	Sin significación
Elías et al.	Sin significación

Tabla VII. Día de la semana con mayor número de lesiones.

En todos los días de la semana, observamos, en los niños lesionados, un predominio del sexo masculino, siendo, los Viernes, el día en que se presenta el mayor porcentaje, el 60,6%.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas, entre el día en que se produce la lesión, y el sexo del lesionado ($p: 0,445$).

Estudiando la distribución, entre el día de la semana y la edad del niño, no encontramos diferencias estadísticas entre ambas variables ($p: 0,242$).

No observamos valores estadísticamente significativos, entre el día de la semana y la causa de la lesión. Tampoco, entre el día de la semana y el diagnóstico clínico de la lesión ($p > 0,05$).

En el estudio realizado en Zaragoza, por Elías et al.⁶², se resalta que, el Domingo, es el día de la semana en el que se producen más ingresos hospitalarios.

Nuestro estudio, no indica diferencias apreciables entre estas dos variables ($p > 0,05$).

- Hora asistencia: La distribución de frecuencias, respecto a la hora del día en que se produce la asistencia al Servicio de Urgencias Pediátrico, pone de relieve que, las 21 horas son las de mayor afluencia, con un porcentaje del 11,1%. La menor incidencia, se produce, a las 6 horas, con el 0,1% del total.

Al distribuir las horas del día en intervalos, hemos de señalar, que en entre las 16 y las 23 horas, se producen el 61,5% de todas las asistencias.

La mayoría de autores, coinciden con los datos expuestos.

Arbós et al.⁷⁰, registran la máxima incidencia, en el tramo horario comprendido, entre las 15 y 21 horas.

Elías et al.⁶², indican que el 44,3% de las urgencias por accidentes, se producen, entre las 18 y 23 horas.

En Murcia, Cervantes et al.⁶⁶, encuentran, que desde las 18 hasta las 22 horas, se registra la mayor incidencia, con un pico a las 12 horas.

En la UAE, Bener et al.⁷², resaltan que, en el tramo horario comprendido entre las 12 y las 20 horas, se produce, el 56% del total de asistencias.

Para Escorihuela et al.⁶⁵, entre las 18 y 22 horas, se registra el mayor número de asistencias por accidentes.

Kirsch et al.⁸², hallan, que entre las 16 horas y las 20 horas, se registra la mayor incidencia de lesionados en las urgencias pediátricas.

Urgencias Pediátricas	Hora asistencia
Bañón	16-23 horas
Arbós et al.	15-21 horas
Pollina et al.	18-23 horas
Cervantes et al.	18-22 horas
Bener et al.	12-20 horas
Escorihuela et al.	18-22 horas
Kirsch et al.	16-20 horas

Tabla VIII. Hora de asistencia al lesionado.

Prevalece el sexo masculino, de los lesionados, en todos los intervalos horarios. En el tramo de 0-8 horas, encontramos un claro predominio de los niños varones (60,2%).

La relación entre la hora de asistencia y la edad, nos indica que, entre las 0-7 horas, los niños de 2 años, son el 19,3%. En los intervalos de, 8-15 y 16-23 horas, los niños de 1 año, son el 20,7% y el 19,3%, respectivamente del total de lesionados. Es improbable, que el resultado observado, sea debido al azar ($p: 0,003$).

En los distintos tramos horarios, vemos un claro predominio de la etiología casual en los lesionados, siendo, el diagnóstico clínico más frecuente,

el traumatismo único. Observamos que, entre las 0 y 7 horas, el 2,9% de los niños, presenta traumatismo múltiple.

Si tenemos en cuenta, que el día de la asistencia al lesionado, sea laborable o festivo, vemos, que en el tramo de 0-7 horas el 27,9% de las asistencias, se producen en día festivo ($p: 0,001$).

Al relacionar, la hora de asistencia al niño lesionado con el ingreso hospitalario, apuntamos, que en el tramo horario 0-7 horas, ingresan, el 16% de los asistidos. Estos datos, parecen indicar, una mayor gravedad de las lesiones infantiles durante las horas citadas.

- **Etiología:** Al estudiar la etiología de las lesiones infantiles, resaltamos, que los accidentes casuales, dan origen al 91,43% de todas las lesiones y, aunque de menor incidencia, pero no por ello menos importantes, las lesiones producidas por animales son el 6,11% y, los accidentes de tráfico, son la causa del 1,85% de las asistencias.

Indicamos también, que encontramos, 13 niños lesionados por agresión (0,34%), 7 niños asistidos por malos tratos (0,14%) y, 4 niños atendidos por abuso sexual (0,09%).

Diagnóstico clínico: El diagnóstico clínico más frecuente, que figura en las Hojas de Urgencia, corresponde al traumatismo único, el 78,9% de las lesiones. Le siguen, la presencia de cuerpos extraños (6,6%), las picaduras (4,7%) y las intoxicaciones (4,5%). Las quemaduras y los traumatismos múltiples, constituyen, el 2,3% y el 1%, respectivamente.

La revisión de otros trabajos de investigación, pone de manifiesto, la ausencia de criterios, a la hora de diferenciar con rigor, la etiología de la lesión y el diagnóstico clínico.

En un estudio realizado con 10.000 niños, menores de 15 años, Sibert et al.⁸³, indican, que los traumatismos, suponen el 91,5% de las lesiones, los cuerpos extraños, el 2,5%, las intoxicaciones, el 2% y, las quemaduras, también, el 2%.

Elías et al.⁶², encuentran, en el 89% de los casos, el traumatismo como origen de la asistencia; las intoxicaciones, en el 2,1%.

Para Molina et al.⁶³, los traumatismos son, el 86,1% del total, y las quemaduras, el 1,75%.

En Madrid, Escorihuela et al.⁶⁵ hallan, que el 86,5% de los lesionados, presenta traumatismos.

Christopher et al.⁶⁴, en el estudio realizado en niños de hasta 8 años, señalan, que el 82,6% de las lesiones, corresponden a traumatismos.

Bener et al.⁶⁸, al analizar, las lesiones accidentales en la UAE, refieren, que los traumatismos constituyen, el 79,3% de los diagnósticos, las quemaduras, el 5% y las intoxicaciones, el 1,5%.

Diagnóstico clínico	Traumatismos
Bañón	79,9%
Sibert et al.	91,5%
Elías et al.	89,0%
Molina et al.	86,1%
Escorihuela et al.	86,5%
Christopher et al.	82,6%
Bener et al.	79,3%

Tabla VIII. Diagnóstico clínico.

No hallamos valores, que nos indiquen significación estadística, entre los distintos grupos de diagnóstico y el sexo ($p: 0,072$).

La relación entre el diagnóstico clínico y la edad, pone de relieve, que la población infantil de 1 año, presenta la mayor incidencia en, quemaduras (33%), intoxicaciones (33%) y picaduras (23,2%). La presencia de cuerpos extraños, es más frecuente, en los niños de 2 años (21,7%) y los traumatismos múltiples, en niños de 5 años.

Los valores obtenidos, no muestran relación de dependencia entre las variables consideradas.

Lanflamme y Eliert-Peterson⁷⁴, encuentran, significación estadística ($p < 0,005$), entre los niños de 1 año y la frecuencia de quemaduras e intoxicaciones (31,8%).

Los datos, presentados por Constan et al.⁷¹, muestran, que las quemaduras, afectan en mayor medida, al grupo entre 0-4 años ($p < 0,005$).

En Murcia, Cervantes et al.⁶⁶, señalan, que las quemaduras, son más frecuentes en los niños de 1 y 3 años.

Lindblad y Terkelsen⁷³, hallan, que las quemaduras e intoxicaciones, tienen más incidencia, entre 0 y 4 años.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, de Galicia, refiere en su estudio, que en los menores de 5 años, son más frecuentes, las quemaduras y la presencia de cuerpos extraños.

Molina et al.⁶³, precisan, que los menores de 3 años, representan el 61% de todos los quemados.

Ya hemos mencionado, que el traumatismo único, es el diagnóstico clínico más frecuente en las lesiones infantiles y, resaltamos, como más significativos: herida (28,6%), traumatismo craneoencefálico (18%), contusión (17,8%), luxación (8,4%) y fractura (8,1%).

En Atención Primaria, Arbós et al.⁷⁰, señalan, como traumatismos más relevantes, heridas (29,7%) y contusiones (25,7%).

Cervantes et al.⁶⁶, destacan, entre los traumatismos, las contusiones (44,4%), las heridas (32,5%) y las fracturas (7,8%).

Bener et al.⁶⁸, indican, como traumatismos mas importantes, contusiones (46%), heridas (29,6%) y fracturas (6%).

Al estudiar, las lesiones que se producen, en los parques infantiles de juego, en USA, Lillis y Jaffe⁸⁴, hallan, que las fracturas (28%), son los traumatismos más frecuentes, le siguen en importancia, heridas (24%) y contusiones (14%).

Kirsch et al.⁸², resaltan en su trabajo, contusiones (46%), heridas (29,6%) y fracturas (6%).

- **Localización de la lesión:** El estudio de la distribución de frecuencias, respecto a la parte del cuerpo lesionada, muestra que, en un 47,1% de los casos, se localiza en la cabeza. Las lesiones en el tronco, se producen en el 2,8%.

El miembro superior, se ve afectado, en un 28,0% de las ocasiones y el inferior, en un 15,2%.

En el 3,2% de los casos, se presentan lesiones múltiples, es decir, localizadas en más de una zona del cuerpo.

En el 3,7% de los lesionados, no consta la localización de la lesión.

Casi todos los autores consultados, coinciden con los datos obtenidos.

En Atlanta, Sacks et al.⁸¹, significan que, en el 69% de los casos, las lesiones se localizan en la cabeza, y en el 21%, en el miembro superior.

Laflamme y Eliert-Petersson⁷⁴, observan, que la cabeza, es la localización más frecuente de las lesiones (52%).

Adesunkanmi et al.⁶⁹, encuentran, que la localización más frecuente, corresponde, a la cabeza y a las extremidades.

Escorihuela et al.⁶⁵, hallan, en el miembro superior y en la cabeza el 39% y el 36,5%, respectivamente.

En Mallorca, Arbós et al.⁷⁰, hallan, en las extremidades superiores, el 33,5% de la lesiones y, en la cabeza, el 25,98%.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, señala, como la localización más frecuente de lesiones, las extremidades, con el 58,8%; la cabeza, resulta afectada, en el 27% de los casos.

Verd y Villalonga⁷⁶, exponen, que en el 74% de los lesionados, resulta afectado el miembro superior.

Lindblad y Terkelsen⁷³, detallan, que el miembro superior, es la localización más frecuente de las lesiones (41%).

Bener et al.⁶⁸, apuntan, que las lesiones en la cabeza, aparecen en el 56,4% de los casos estudiados.

Si analizamos la localización de la lesión y el sexo, vemos que, en todos los casos, hay un predominio del sexo masculino pero, resaltamos que, en las lesiones en la cabeza, el 62,7% son niños y el 37,3%, niñas; similares valores encontramos en las lesiones múltiples, 60,5% niños y 39,5% niñas.

La prueba de chi-cuadrado muestra que existe suficiente evidencia para dudar de la hipótesis nula ($p: 0,000$).

Al estudiar la relación entre la zona lesionada y la edad, observamos que las lesiones en cabeza, miembro superior y múltiples, son más frecuentes en los niños de 1 año, representando el 20,4%, el 23,1% y el 19,3% respectivamente.

En los niños de 6 años, observamos la mayor incidencia de lesiones en el miembro inferior, el 19% de ellas.

Al aplicar la prueba no paramétrica de chi-cuadrado, obtenemos valores estadísticamente significativos ($p: 0,000$), entre ambas variables.

Cervantes et al.⁶⁶, establecen, asociación estadística entre la lesiones en la cabeza y los niños de 0-1 año; las lesiones entre el miembro superior y los niños de 1-2 años y, lesiones en el miembro inferior y niños de 4-7 años.

Lillis y Jaffe⁸⁴, estiman, significación estadística (p: 0,0006) entre las lesiones en la cabeza y los niños menores de 5 años y, entre las lesiones en el miembro superior y los mayores de 5 años (p:0,0005).

- **Destino:** La mayor parte de los niños accidentados, que acude al Servicio de Urgencias, el 94,9%, tras la asistencia, es remitida a su domicilio; el 4,8% son ingresados en el hospital para su tratamiento y, el 0,3% abandonan el Servicio, sin realizarse la asistencia del facultativo.

Esta distribución de frecuencias, nos indica que, afortunadamente, gran parte de las lesiones infantiles, son de consideración leve.

En la Comunidad Valenciana, Colomer y Gascón⁸⁵, refieren, que los ingresos hospitalarios, representan el 3,61% de los niños accidentados.

En Madrid, Molina et al.⁶³, registran, un 4,7% de lesionados, que necesitaron ingreso hospitalario.

En la UAE, Bener et al.⁶⁸, señalan, que el 9,4% de los niños accidentados, requirieron hospitalización.

Elías et al.⁶², observan, que el 2,9% de los lesionados, ingresaron en el hospital.

Para Arbós et al.⁷⁰, los niños ingresados, fueron el 2,24% del total de asistencias.

En Dinamarca, Lindblad y Terkelsen⁷³, aprecian, que el 4% de los niños lesionados, fue hospitalizado.

Urgencias pediátricas	Ingreso hospital
Bañón	4,8%
Colomer y Gascón	3,6%
Molina et al.	4,7%
Bener et al.	9,4%
Elías et al.	2,9%
Arbós et al.	2,2%
Lindblad y Terkelsen	4,0%

Tabla IX. Ingreso hospitalario.

Lamentamos reseñar, en el presente estudio, el fallecimiento, por accidente de tráfico, de una niña de 3 años. Este dato nos indica que el porcentaje de exitus, se sitúa, en el 0,02% del total de lesionados.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, en el trabajo desarrollado durante el año 1993, con 3.596 niños accidentados, de edades entre 0 y 14 años, observó 7 fallecimientos (0,19%).

Cervantes et al.⁶⁶, en la región de Murcia, encuentran en niños accidentados, de 0-7 años, un 0,6% de fallecimientos.

Adesunkanmy et al.⁶⁹, en Nigeria, analizan las lesiones infantiles, durante cuatro años, encontrando que, los fallecimientos, suponen el 1,6% de los niños accidentados.

Molina et al.⁶³, en el estudio realizado en Madrid, sobre un total de 8.035 niños accidentados, señalan que “ninguno de los pacientes atendidos por accidente falleció”.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas, al relacionar el ingreso hospitalario con el sexo del lesionado.

Al valorar, la relación del ingreso en el hospital con la edad del accidentado, observamos, que los niños de 3 años, al igual que los de 5 años, representan, cada uno de ellos el 15,7% del total de ingresos. El menor porcentaje, se halla en los niños de 7 años, con el 3,6% del total. Los niños de 0 a 3 años, constituyen el 51,3% de los ingresos.

Molina et al.⁶³, señalan, que los menores de 5 años, representan el 48,8% del total de ingresados, en la población infantil hasta los 15 años.

En cuanto a la distribución de los ingresos a lo largo del año, resaltamos que, Agosto es el de mayor incidencia con el 13,2%, y el de menor, Diciembre con el 3,5%.

Por días de la semana, el de más ingresos, es el sábado con el 19,8% y el de menos, el Domingo con el 11,2%. Los días laborables, se producen el 86,8% de los ingresos, y los festivos, el 13,2% (p: 0,020).

El mayor número de ingresos, se produce a las 21 horas (13,7%). En el intervalo horario de 16-23 horas, se registra, el 53,3% de todos los ingresos. Encontramos significación estadística entre ambas variables (p: 0,000).

Valores similares hallan en Zaragoza, Elías et al.⁶², al señalar que, existe preferencia, por los meses de verano, en cuanto a los ingresos, especialmente, Agosto. El día de más ingresos, es el Domingo (16,4%), resaltando que, entre Sábado y Domingo, se registran, el 32,6%. La mayor frecuencia de ingresos, se origina a las 21 horas y, el 49,9% de ellos, suceden entre las 18 y 23 horas, existiendo un segundo pico, entre las 14 y 16 horas.

La relación entre el ingreso hospitalario y la etiología de la lesión, nos indica, que el 82,2% de los casos, se debe a accidentes casuales y, el 11,2% por accidentes de tráfico. Los ingresos por agresión y malos tratos, son el 3,6% y por lesiones causadas por animales, el 3%.

Los ingresos hospitalarios, son consecuencia de: traumatismos (72,1%), cuerpos extraños (12,7%), intoxicaciones (8,6%) y quemaduras (3,6%). Entre

los traumatismos, destacan las fracturas, origen del 30,5% del total de ingresos.

- **Días de estancia hospitalaria:** Los 197 ingresos hospitalarios registrados en nuestro estudio, significaron un total de 923 días de estancia hospitalaria. La media es de 4,4 días (rango entre 1 y 67días).

En Madrid, Cervantes et al.⁶⁶, precisan una estancia media de 8,1 días.

- **País de origen:** Encontramos, como era de esperar, que el 99,6% de las asistencias corresponden a niños españoles y, el 0,4% restante, a niños con residencia en países de nuestro entorno. No es infrecuente, la asistencia a extranjeros, debido a la vocación turística de la provincia de Alicante.

- **Provincia de procedencia:** El 96,8% de los niños asistidos por lesiones, son residentes en la provincia de Alicante. El 3,2% de los niños lesionados, tienen su residencia en otras provincias españolas; la provincia con mayor representación, es la de Madrid, con el 39,6% del total. Este dato, confirma lo expuesto en el apartado anterior.

- **Localidad de procedencia de la provincia de Alicante:** A la hora de analizar estos datos, hemos de tener en cuenta, dos aspectos importantes. En primer lugar, el Hospital General Universitario de Alicante, es “hospital de referencia” para las distintas especialidades pediátricas, lo que justifica el desplazamiento de los niños, desde otras localidades de la provincia. En segundo lugar, el Área de Salud 18, al que pertenece el citado hospital, atiende, no sólo, a los residentes en una zona determinada del área urbana de Alicante, sino también, a distintos municipios cercanos a la ciudad.

Los datos, nos muestran, que el 67,2% de los niños atendidos, corresponden al área sanitaria del Hospital General, es decir, al Área 18.

Sin embargo, hallamos, que el 14,3% de las asistencias, corresponden a niños, pertenecientes al Área de Salud 16, cuya referencia hospitalaria, corresponde al Hospital General Universitario de San Juan.

Por otro lado, otras áreas sanitarias, representan el 8,2% de los niños asistidos por lesiones.

Estos datos, ponen de manifiesto, la presión asistencial que soporta el Hospital de Alicante.

- **Parte de lesiones:** Según consta en la Memoria 1.998 del Hospital General Universitario de Alicante⁴⁰, durante el año de nuestro estudio, se realizaron un total de 7.568 partes de lesiones, que son el 6,1%, de las 123.409 urgencias asistidas.

Analizamos, en el presente estudio, 126 partes de lesiones, producidos por la asistencia a niños lesionados, de un total de 23.937 urgencias pediátricas, lo que representa, el 0,52%.

Las urgencias infantiles, son el 19,3% del total de urgencias hospitalarias, pero, los partes de lesiones infantiles, sólo constituyen el 1,6% de los partes emitidos por el Hospital.

Es evidente, el escaso número de partes por lesiones en la población infantil, respecto a la población general, que acude a los servicios de urgencia hospitalarios.

Serrat et al.⁸⁶, al revisar, 10.280 partes de lesiones durante tres años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, señalan, que sólo representan, el 5% de todas las urgencias.

En cuanto al sexo, apreciamos que, el 60,3% son niños y el 39,7%, son niñas.

La distribución de frecuencias por edad, nos permite distinguir el aumento en el número de partes hasta los 5 años (19,8%). El menor número de partes, corresponde a los menores de 1 año.

Los accidentes de tráfico, dan lugar al 69,8% de los partes judiciales, le siguen en importancia, los accidentes casuales (15,9%), las agresiones (10,3%), los malos tratos (1,6%) y el abuso sexual (0,8%). Encontramos 2 partes de lesiones (1,6%), donde no consta la etiología de la lesión.

Respecto a los partes judiciales por accidente de tráfico, señalamos, que en el 65,9% de ellos, no consta el mecanismo accidental y, que en el 23,9% corresponden a atropellos. Hay que destacar, que el 3,4% de los partes, se deben a accidentes de motocicleta, donde el menor viajaba como pasajero.

En referencia a los atropellos, la Dirección General de Tráfico, publica en su Anuario de Accidentes 1998⁸⁷, que hubo 995 peatones muertos, de los cuales, 503 lo fueron en zona urbana, y 492 en carretera.

Los peatones, víctimas en zona urbana son, además de los muertos citados, 2.995 lesionados graves y 8.300 leves.

Por grupos de edad, en niños hasta los 14 años, las cifras son: 48 muertos, 384 lesionados graves y 1.513 leves.

Los datos referidos, ponen de manifiesto, que en los accidentes de tráfico, con peatones víctimas que se producen en zona urbana, el 9,5% de los peatones muertos, el 12,8% de los peatones lesionados graves y el 18,2% de los lesionados leves, corresponden a la población infantil entre 0 y 14 años.

Es evidente, que nos enfrentamos a una situación preocupante, de difícil solución, quizás en parte, por un diseño inadecuado de los núcleos urbanos, donde los niños, se enfrentan cotidianamente a demasiadas situaciones de riesgo.

Si analizamos los partes de lesiones de etiología casual, vemos que en el 70% de los casos, son originados por quemaduras.

Respecto a la localización de la lesión, encontramos como más frecuente, la cabeza (30,4%) y las lesiones múltiples (28,8%). La lesión en el miembro inferior, aparece en el 9,6% de los partes y, en el miembro superior, en el 4,8%. Las lesiones en el tronco, suponen el 6,4%

En relación al pronóstico de la lesión (*quo ad vitam*), observamos, según el orden de importancia, leve en el 74,6%, grave en el 11,1%, menos grave en el 7,1% y reservado en el 5,6%.

En 2 partes de lesiones (1,6%), no consta el pronóstico de la lesión.



5.1. ACCIDENTES CASUALES

La mayoría de las lesiones, que se producen en la infancia, presenta una etiología casual. Los datos analizados, muestran que los accidentes casuales, constituyen el 91,4% del total.

Entre los mecanismos accidentales más frecuentes señalamos: caídas (23,9%), golpes con objeto/persona (7,5%), cuerpos extraños (7,2%) y envenenamientos e intoxicaciones (4,84%).

Reseñamos, como aspecto negativo, que en 1.781 ocasiones (47,4%) no se especifica, en la correspondiente Hoja de Urgencias, el mecanismo accidental causante de la lesión.

A este respecto, Christopher et al.⁶⁴, al valorar la importancia de la documentación en el estudio de los accidentes infantiles, señalan, entre otras deficiencias, que en el 28% de los casos, no consta el mecanismo causante de la lesión y, en el 52% de las ocasiones, no se describen las circunstancias de la misma.

Otras series publicadas, muestran datos similares en referencia a los mecanismos accidentales más frecuentes:

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, sobre una muestra de 3.596 niños, distingue como más importantes, las caídas (54,5%) y los choques con objetos o personas (18%).

Christopher et al.⁶⁴, en su estudio de Cleveland, precisan como accidentes más relevantes, las caídas (48,3%) y los golpes (26,7%).

Para Kirsch et al.⁸², las caídas (44,4%) y los golpes con objetos (24,1%), son las causas más frecuentes de lesiones.

En un Centro de Salud de Granada, Constan et al.⁷¹, detallan, que las caídas, constituyen la causa más frecuente del accidente, el 27% de las ocasiones.

Bener et al.⁶⁸, refieren que los golpes, son el origen de la lesión, en el 38,7% de las ocasiones y las caídas, en el 36%.

Arbós et al.⁷⁰. muestran, como mecanismos más frecuentes, los golpes (39,9%) y las caídas (30,5%)

En Dinamarca, Lindblad y Terkelsen⁷³, señalan, que el 45% de las lesiones, se han originado por golpes y, el 31%, por caídas.

Mecanismo accidental	Caídas	Golpes
Bañón	23,9%	7,5%
Grupo Colaborativo	54,5%	18,0%
Christopher et al.	48,3%	26,7%
Kirsch et al.	44,4%	24,1%
Bener et al.	36,0%	38,7%
Arbós et al.	30,5%	39,9%
Lindblad y Terkelsen	31,0%	45,0%

Tabla X. Mecanismo accidental.

El análisis de las lesiones, producidas por este tipo de etiología, presenta, como diagnóstico más frecuente: traumatismo único (83,1%), cuerpo extraño (7,2%), envenenamiento e intoxicación (4,9%) y quemadura (2,5%). El traumatismo múltiple, supone el 0,4%.

En los casos de traumatismo único, destacamos: herida (28,1%), traumatismo craneoencefálico (18,1%), contusión (17,6%), luxación (8,7%), fractura (8,2%) y esguince/torcedura (5,1%).

La localización más frecuente de las lesiones corresponde, a la cabeza (48,7%) y al miembro superior (29,9%). Las lesiones múltiples, se originan en el 1,2% de los accidentes casuales.

Encontramos que, en 162 niños accidentados (4,3%), ha sido necesario su ingreso hospitalario para el tratamiento de las lesiones. Los ingresos, han generado un total de 763 días de estancia hospitalaria. La media de la estancia es de 4,5 días (rango entre 1 y 67).

5.1.1. CAÍDAS

Las caídas, constituyen el mecanismo accidental que más lesiones produce en la infancia. En el presente trabajo, se analizan un total de 900 caídas que representan el 23,9% de los accidentes de etiología casual.

Al estudiar las lesiones en niños de hasta 1 año, Rivara et al.⁸⁸, hallan que en el 47% de los casos, se deben a caídas.

Observamos un predominio del sexo masculino (58,2%), con una relación Niño/Niña 1,39:1.

En New Jersey, Mosental et al.⁸⁹, indican en los niños de 0-12 años, lesionados por caídas, una relación, Niño/Niña de 1,7:1.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, observa, al analizar las caídas en la población infantil de 0-14 años, que el 59,2% son niños y el 40,8% niñas. La relación Niño/Niña, es de 1,45:1.

Bener et al.⁷², al estudiar 2.459 niños accidentados por caídas, encuentran que el 65,6%, es del sexo masculino y el 34,4%, del femenino.

Al estudiar los accidentes infantiles en los Centros de Salud, Constan et al.⁷¹, señalan, que las caídas, son más frecuentes, en niños (59,3%) que en niñas (40,7%).

Kirsch et al.⁸², detallan, un 62,1% de niños, frente al 37,9% de niñas.

No hemos encontrado significación estadística al relacionar el sexo de los accidentados con otras variables.

Caídas	Niños	Niñas
Bañón	58,2%	41,8%
Mosenthal et al.	63,0%	37,0%
Grupo Colaborativo	59,2%	40,8%
Bener et al.	65,6%	34,4%
Constan et al.	59,3%	40,7%
Kirsch et al.	62,1%	37,9%

Tabla XI. Sexo en caídas accidentales.

En cuanto a la distribución por edades, la mayor incidencia de caídas, se produce en niños de 1 año, con el 19,1%; los niños de 7 años, son los que sufren menos caídas (8,3%).

Reseñamos, como dato importante, que el 57,8% de los accidentes por caídas, corresponden a niños menores de 4 años.

Mosenthal et al.⁸⁹, muestran, que en la población infantil entre 0-12 años, el 54% de las caídas, ocurren en el grupo de 0-4 años.

Arnarson y Halldórsson⁹⁰, en el estudio realizado en Reykjavík, en niños de 0-14 años, detallan que el 43,2% de las caídas, se observa entre la población de 0-4 años.

Bener et al.⁷², señalan, que entre los menores de 5 años, las caídas constituyen, la causa más común de lesiones.

En Canadá, Lallier et al.⁹¹, analizando las caídas, a distinto nivel, en los niños hasta los 18 años, refieren, que en el 36% de las ocasiones, se producen en niños menores de 4 años.

Si relacionamos la edad con el tipo de caída, detallamos, como datos más significativos, que en los niños menores de 1 año, el 68,7% de las lesiones, se producen por caídas a distinto nivel y, que las caídas por escaleras, presentan mayor incidencia, en los menores de 3 años.

Observamos, que en el 97% de las caídas, el diagnóstico clínico, es el de traumatismo único.

Ahora bien, si relacionamos la edad del lesionado con el tipo de traumatismo, hallamos que, en los menores de 4 años, el traumatismo craneoencefálico, es la lesión más frecuente, especialmente, en los menores de 1 año, donde representa, el 71% de los diagnósticos.

Las fracturas, son los traumatismos más frecuentes, en los niños de 5 y 6 años.

En un análisis realizado en el Hospital Infantil "Gregorio Marañón" de Madrid, Navascués et al.⁹², señalan, como causa más común de traumatismo, a las caídas accidentales (35%).

Arnarson y Halldórsson⁹⁰, en su estudio, sobre los traumatismos craneoencefálicos, en los niños de 0-14 años, ponen de relieve que, el 62% de los casos, tienen su origen, en caídas pero, en los niños de 0 a 4 años, se alcanza, el 83%.

En Bordeaux, Masson et al.⁹³, al describir, las características de los ingresos hospitalarios, por traumatismo craneoencefálico, entre los niños de 0-14 años, hallan, que en el grupo de 0-4 años, la caída, ha sido el mecanismo accidental, en el 84,3% de los casos y, en el grupo de 5-9 años, en el 59,4%.

Daklia y Leblanc⁹⁴, al estudiar, los traumatismos craneoencefálicos pediátricos, por caídas desde literas, indican, que en el 50%, fueron niños de 2 a 4 años.

Estos datos, advierten del riesgo, que sufren los niños de menor edad, de sufrir un traumatismo craneoencefálico y, como indican Elorza et al.⁹⁵, *"especialmente los Lactantes por un mayor contenido de fluidos y por la*

incompleta mielinización del sistema nervioso". " *De hecho, la morbimortalidad de un TCE es dos veces mayor para los niños menores de un año que para los de edad comprendida de 1 a 6 años*".

La localización más frecuente, en las lesiones producidas por caídas accidentales, corresponde a la cabeza, en el 57%; el miembro superior, se ve afectado, en el 24% y, el inferior, en el 12,7%. Con menor frecuencia, las lesiones en el tronco, con el 3,7% y, las lesiones múltiples, en el 1,2% del total.

Si relacionamos, el tipo de caída con la localización de la lesión, reseñamos, que las lesiones en la cabeza, representan el 71,4% en las caídas a distinto nivel, y el 73,9%, en las caídas de escaleras.

Encontramos, que 44 accidentados por caídas (4,9%), son ingresados en el hospital, 34 niños (77,3%) y, 10 niñas (22,7%).

El mayor porcentaje de ingresos, se produce en los niños de 6 y 5 años, con el 9,8% y 9,6% respectivamente. Y, el traumatismo mas frecuente, son las fracturas (79,6%) que afectan, al miembro superior (47,7%).

Mosenthal et al.⁸⁹, refieren, en las caídas, una mortalidad del 2%, en el grupo de niños, de 0-12 años.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, sobre un total de 1.961 caídas, detalla, que 8 niños (0,4%), quedaron con secuelas y, 1 niño (0,05%) falleció.

5.1.2. CUERPOS EXTRAÑOS

La presencia de cuerpos extraños, por aspiración o ingestión, constituye una patología frecuente en la población infantil.

El estudio, de los accidentes de etiología casual, nos indica que 272 niños, han sido atendidos en Urgencias Pediátricas, por presencia de cuerpos extraños, lo que representa el 6,6%.

En Nigeria, Adensukanmi et al.⁶⁹, refieren, que la presencia de cuerpos extraños, representa, el 10% de las asistencias a los Servicios de Urgencia.

Christopher et al.⁶⁴, encuentran, entre los niños menores de 9 años, que los cuerpos extraños, suponen, el 8,1% de las lesiones.

En Dinamarca, Lindblad y Terkelsen⁷³, señalan, que los cuerpos extraños, generaron, el 10% de las lesiones accidentales.

Molina et al.⁶³, en el Hospital Infantil “Niño Jesús”, de Madrid, hallan, entre los niños de 0 a 15 años, un 6,5% de asistencias, por cuerpos extraños.

En Zaragoza, Elías et al.⁶², indican, que el 4,3% de los diagnósticos por lesiones, fueron, por la presencia de cuerpos extraños.

Cervantes et al.⁶⁶, al estudiar los tipos de accidente, entre los niños menores de 7 años, de la Región de Murcia, determinan un 6,4% de asistencias, por cuerpos extraños.

Accidentes infantiles	Cuerpos extraños
Bañón	6,6%
Adesunkanmi et al.	10,0%
Christopher et al.	8,1%
Lindblad y Terkelsen	10,0%
Molina et al.	6,5%
Elías et al.	4,3%
Cervantes et al.	6,4%
Constan et al.	10,5%
Grupo Multicéntrico	3,0%
Kirsch et al.	1,8%

Tabla XII. Cuerpos extraños.

En Granada, Constan et al.⁷¹, estudiando los accidentes infantiles, en Centros de Salud, refieren, que la presencia de cuerpos extraños, genera el 10,5% de las asistencias.

El trabajo realizado, en Galicia, por el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, contabiliza un 3% de accidentes, por aspiración o ingestión de cuerpos extraños, entre los niños de 0-14 años.

Kirsch et al.⁸², aprecian, que la presencia de cuerpos extraños, motiva el 1,8% de las asistencias por lesiones infantiles.

La distribución por sexos, muestra una incidencia similar, en niños (50,4%) y, en niñas (49,6%).

Cheng y Tam⁹⁶, al estudiar, en Hong Kong, la presencia de cuerpos extraños en niños, encuentran, predominio del sexo masculino (57%), frente al femenino (43%).

En el Hospital "Teresa Herrera" de La Coruña, Pérez et al.⁹⁷, indican, una mayor incidencia, en el sexo masculino (66,6%).

Elías et al.⁶², refieren, que el 54,5% son niños y el 45,5% niñas.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, halla, un 61,5% de niños, y un 38,9% de niñas, en los lesionados por cuerpos extraños.

Encontramos valores que nos indican una significación estadística, entre las variables sexo y edad ($p: 0,019$).

Así, los menores de 3 años, son el 51,1% de todas las niñas, frente al 37,2% de los niños.

Si relacionamos el sexo con la localización del cuerpo extraño, observamos, una mayor incidencia en el sexo femenino, cuando se trata de cuerpos extraños, en el digestivo, respiratorio y en el oído. No hallamos, relaciones de dependencia entre ambas variables.

Si tenemos en cuenta, la edad de los asistidos por sospecha de cuerpo extraño, observamos, que el 21,7% son niños de 2 años. La distribución por grupos de edad, nos indica, que en el 51,8% de los casos, son Preescolares.

Pérez et al.⁹⁷, señalan, que los niños de 2 años, son los más afectados por la presencia de cuerpos extraños (29%).

Kirsch et al.⁸², exponen, que el 46% de los niños, tienen entre 0 y 4 años.

Cheng y Tam⁹⁶, detallan, que los Preescolares, constituyen el grupo de mayor riesgo.

En Italia, Metrangolo et al.⁹⁸, al estudiar, la aspiración de cuerpos extraños, en niños hasta los 15 años, resaltan, que el 79% de ellos, son menores de 3 años.

Si tenemos en cuenta, la edad y la localización del cuerpo extraño, observamos, que en los niños de 3 años, predomina la presencia de cuerpos extraños, en el respiratorio, mientras que, en el resto de edades, es más frecuente, en el digestivo.

No encontramos significación estadística entre la edad y el tipo de cuerpo extraño.

El mayor número de asistencias por sospecha de cuerpo extraño, se produce en Septiembre, Marzo y Abril.

Los días de la semana, con mayor incidencia son, el Miércoles y el Viernes. Los días laborables, se atienden por este motivo al 84,6% de los niños y, los festivos, al 15,4%.

Entre las 16 y las 23 horas, se produce la mayor frecuencia (61,4%) de visitas, por sospecha de cuerpo extraño.

Al considerar el tipo de cuerpo extraño, vemos, que las monedas, son los más frecuentes (15,8%). Y, en cuanto a la localización, en el 44,8% de los casos, se localiza en el digestivo.

Señalamos que, las monedas, los cuerpos metálicos y las espinas, se localizan con mayor frecuencia, en el digestivo. Los plásticos y los cuerpos de origen orgánico (alimenticio), en el respiratorio.

Molina et al.⁶³, precisan, una mayor presencia de cuerpos extraños, en el digestivo (62%).

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, también reseña, una mayor presencia de cuerpos extraños, en el digestivo (33%).

Cheng y Tam⁹⁶, en su trabajo sobre ingestión de cuerpos extraños, indican, que las monedas, son los mas frecuentes (49%).

En La Coruña, Pérez et al.⁹⁷, al estudiar, en niños de 0-14 años, la aspiración de cuerpos extraños, señalan, el origen alimenticio, en el 76,5% de los casos.

En el estudio llevado a cabo, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, Pardo et al.⁹⁹, indican, que las espinas, son los cuerpos extraños más frecuentes (42,7%).

Los ingresos hospitalarios, por este motivo, alcanza al 9,2% de los lesionados, lo que indica, las graves consecuencia de esta patología. En el 56% de los casos, la localización corresponde, al digestivo y en el 40%, al respiratorio.

Elías et al.⁶², aprecian un porcentaje de ingresos, del 3,3%, inferior al observado por nosotros.

Todos los autores consultados, apuntan las graves consecuencias de este tipo de accidente, en la población infantil, por otra parte, fácil de prevenir por los adultos.

5.1.3. INTOXICACIONES

La ingestión de tóxicos, en la edad infantil, sigue constituyendo un problema sanitario grave debido, por un lado, al aumento progresivo de los productos contaminantes y, por otro, al desarrollo de una vida familiar, cada vez más urbana.

En el presente estudio, hemos registrado 182 casos de intoxicación, lo que representa el 4,4% de los accidentes infantiles y, el 0,8% del total de urgencias pediátricas.

A este respecto, encontramos diferentes valores, entre los trabajos publicados. Así,

Colomer y Gascón⁸⁵, en una encuesta realizada en la Comunidad Valenciana, en niños de 0-14 años, estiman, que las intoxicaciones, son el 2,4% de los accidentes.

Rivara et al.⁸⁸, al estudiar los accidentes, en niños menores de 1 año, indican que, el 4%, son intoxicaciones.

Constan et al.⁷¹, refieren, en los Centros de Salud, un valor más alto de intoxicaciones, el 15%.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, de Galicia, sitúa a las intoxicaciones, en el 1,9% de los accidentes.

En la UAE, Bener et al.⁶⁸, hallan, un 1,35% de intoxicaciones.

Molina et al.⁶³, en el Hospital “Niño Jesús”, de Madrid, señalan, que las intoxicaciones, se presentan en el 2,8% de los accidentes pediátricos.

Elías et al.⁶², en Zaragoza, encuentran un 2,1% de intoxicaciones.

The National Health Care Survey⁷⁷, de USA, señala, que las intoxicaciones en niños de 0 a 5 años, suponen el 5,3%, de todas las lesiones.

Plaza⁴⁴, estudiando las urgencias pediátricas hospitalarias, indica que el 1,7%, corresponden a intoxicaciones.

Pou et al.⁴⁵, expresan, que las intoxicaciones, suponen el 0,4% de todas las urgencias hospitalarias infantiles.

Durá et al.¹⁰⁰, al analizar, las intoxicaciones en el Hospital Universitario de San Juan, precisan que, son la causa del 0,5% de todas las urgencias .

López et al.¹⁰¹, en el trabajo, sobre intoxicaciones accidentales en niños de 0-7 años, realizado en el Área de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, indican que, sobre un total de 17.028 consultas, el 0,7% de los casos, fueron asistidos por intoxicación.

Accidentes infantiles	Intoxicaciones
Bañón	4,4%
Colomer y Gascón	2,4%
Rivara et al.	4,0%
Constan et al.	15,0%
Grupo Colaborativo	1,9%
Bener et al.	1,3%
Molina et al.	2,8%
Elías et al.	2,1%
N.C.H.S.	5,3%

Tabla XIII. Intoxicaciones.

Exponemos, que hay una mayor incidencia de intoxicaciones, en los niños (58,4%) que, en las niñas (41,6%).

González-Meneses⁷⁸, también reseña, un predominio del sexo masculino (60%).

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, indica, que en el 53,2% de las intoxicaciones, son niños, y en el 48,8%, niñas.

Durá et al.¹⁰⁰, no encuentran diferencias, en cuanto al sexo, en los niños que han sufrido intoxicación (50%).

En Vizcaya, Blanco et al.¹⁰², hallan, un predominio del sexo femenino (53,5%), frente al masculino (46,5%).

López et al.¹⁰¹, en Alicante, señalan, un 53,0%, de niños y un 47%, de niñas.

Intoxicaciones	Niños	Niñas
Bañón	58,4%	41,6%
González-Meneses	60,0%	40,0%
Grupo Colaborativo	53,2%	48,8%
Durá et al.	50,0%	50,0%
Blanco et al.	46,5%	53,5%
López et al.	53,0%	47,0%
Bedoya et al.	60,7%	39,3%
Arroyo et al.	68,6%	31,4%
Bautista et al.	68,2%	31,8%

Tabla XIV. Sexo en intoxicaciones.

Bedoya et al.¹⁰³, en Sevilla, destacan, un 60,7%, del sexo masculino y un 39,3%, del sexo femenino.

En el Hospital “Doce de Octubre” de Madrid, Arroyo et al.¹⁰⁴, observan, entre los intoxicados, 68,6% de niños, y 31,4% de niñas.

Bautista et al.¹⁰⁵, al analizar, en el Hospital Universitario de Santiago de Compostela, las intoxicaciones por cáusticos, en niños menores de 14 años, hallan, un 68,2%, de niños y un 31,8%, de niñas.

Aunque, no encontramos valores que nos indiquen relación de dependencia, entre el sexo y la edad del intoxicado ($p: 0,154$), apreciamos una menor edad, en el sexo femenino; el 35,1% de los niños, tienen 2 años y el 36,4% de las niñas, solamente 1 año.

No hallamos significación estadística entre el sexo y el agente causante de la intoxicación.

López et al.¹⁰¹, tampoco observan, diferencias entre el sexo y el tipo de tóxico.

La edad a la que se producen mayor número de intoxicaciones, es la de 2 años (29,7%). Señalamos que los niños de 0 a 3 años, representan el 50,8% del total de intoxicados.

En Sevilla, Bedoya et al.¹⁰³, obtienen, una mayor frecuencia en niños, de 2 y 3 años (44,1%).

López et al.¹⁰¹, hallan, en Alicante, que el 66% de los niños, tiene una edad entre, 1 y 3 años.

En USA, Litovitz y Manoguerra¹⁰⁶, indican, que el 33,1% de las intoxicaciones, se produce en niños de 1 año y, el 73%, en menores de 3 años.

Bautista et al.¹⁰⁵, señalan, que los niños, de hasta 3 años, son el 85% de los intoxicados.

En Madrid, Arroyo et al.¹⁰⁴, encuentran, que en el 75% de las intoxicaciones, se trata de niños entre 1 y 3 años.

Blanco et al.¹⁰², observan, que los niños entre 1 y 3 años, son el 66% de los intoxicados.

Pou¹⁰⁷, según datos obtenidos, del Instituto Nacional de Toxicología, indica, que en el 81% de las consultas por intoxicación, los niños tenían menos de 3 años.

En San Juan de Alicante, Durá et al.¹⁰⁰, apuntan, que el 29% de las intoxicaciones, corresponden a niños de 1 año.

González-Meneses⁷⁸, refiere, que los intoxicados, entre 0 y 3 años, son el 62,5% del total.

Al relacionar la edad con el agente causante de la intoxicación, apreciamos, que los productos domésticos, se presentan con mayor incidencia, en los menores de 3 años y, los fármacos, entre los niños de 3 a 7 años.

Blanco et al.¹⁰², señalan, en los menores de 2 años, un predominio de los productos domésticos, y en los mayores de 2 años, una mayor frecuencia, de intoxicaciones por fármacos.

Bedoya et al.¹⁰³, también encuentran, que los productos domésticos, son causantes de intoxicación, en los niños de menor edad.

Los meses de mayor frecuencia de intoxicaciones, son Marzo (12,4%) y Junio (11,4%), los de menor, Noviembre (4,3%) y Julio (5,9%).

Los días de la semana, de mayor incidencia, son Miércoles (16,8%), Viernes (16,2%) y Sábado (16,2%).

En los días festivos, se produce, el 15,7% de las intoxicaciones.

Bedoya et al.¹⁰³, no aprecian diferencias, ni entre los meses, ni entre los días de la semana.

López et al.¹⁰¹, en Alicante, señalan, que el 45% de las intoxicaciones, suceden entre, Junio, Julio y Agosto.

Durá et al.¹⁰⁰, observan, una mayor frecuencia en los meses de, Agosto y Octubre.

Respecto a la hora de asistencia al Servicio de Urgencias, vemos, que la mayor afluencia, se produce a las 21 (11,4%) y, a las 14 horas (10,8%).

Para Durá et al.¹⁰⁰, los momentos del día de mayor incidencia son las franjas horarias de las 20-22 horas (20,6%) y de las 13-15 horas (22,8%).

López et al.¹⁰¹, encuentran, entre las 11 y las 14 horas, el 40% de las intoxicaciones.

Casi en la mitad de las ocasiones, encontramos, que el agente causante de la intoxicación, ha sido un producto de uso doméstico (48,1%). Los fármacos, son el agente tóxico, en el 37,3% de los casos.

Entre los productos domésticos, señalamos, como más frecuentes, los alcaloides cáusticos (42,6%) y los detergentes y jabones (25,8%).

De los fármacos, destacamos, como más frecuentes de intoxicación, el paracetamol (23,3%) y las benzodiazepinas (21,8%).

En Barcelona, Pou¹⁰⁷, resalta, un predominio de los productos domésticos (36,8%), frente a los medicamentos (27,7%).

Durá et al.¹⁰⁰, señalan, el 48,3% por medicamentos, y el 47% por productos domésticos. Entre los medicamentos, el paracetamol, con el 23,6%, es el de mayor incidencia y, entre los domésticos, los cáusticos, en el 41,8% de los casos.

Blanco et al.¹⁰², hallan, un 47,5% de casos, por tóxicos domésticos, destacando, los alcaloides cáusticos (40%); los fármacos, están presentes, en el 40% de las intoxicaciones, con mayor incidencia, del ácido acetilsalicílico (21,3%).

Para López et al.¹⁰¹, en Alicante, los medicamentos, han sido el agente tóxico, en el 50,4% de los casos.

Bedoya et al.¹⁰³, refieren, que los fármacos, son los agentes tóxicos más frecuentes (53,1%) y, entre ellos, los analgésicos y antitérmicos.

Bautista et al.¹⁰⁵, encuentran, que el 43,1% de las intoxicaciones, son por productos de limpieza doméstica, siendo, los alcaloides cáusticos, los más frecuentes (73%).

Intoxicaciones	Agente tóxico
Bañón	48,1% doméstico
Pou	36,8% doméstico
Blanco et al.	47,5% doméstico
Bautista et al.	43,1% doméstico
López et al.	50,4% fármaco
Bedoya et al.	53,1% fármaco

Tabla XV. Agente tóxico.

Del total de niños, asistidos por intoxicación, la mayoría (90,8%) es remitida a su domicilio, pero 17 de ellos (9,2%), son ingresados en el hospital. La media de la estancia hospitalaria, es de 2,41 días.

Si relacionamos, el ingreso hospitalario y el agente causante de la intoxicación, observamos, que en el 58,8% de los casos, el ingreso se debe a la intoxicación por productos domésticos y, en el 23,5%, por fármacos.

No encontramos valores que nos indiquen relación de dependencia entre ambas variables.

En Andalucía, González-Meneses⁷⁸, señala, que el 9,3% de los intoxicados, ha necesitado su ingreso en el hospital; la estancia media es de 2,9 días.

En Vizcaya, Blanco et al.¹⁰², detallan, un mayor número de ingresos por intoxicación, el 19,5%.

En Alicante, López et al.¹⁰¹, puntualizan, que el número de ingresos representa, el 21,2% del total de intoxicados.

En San Juan, Durá et al.¹⁰⁰, indican, que el 32,9% de los intoxicados, necesitó su ingreso en el hospital y que, la duración media de la hospitalización, fue de 37,7 horas.

Queremos incidir en algunas circunstancias, que se presentan en este tipo de accidentes infantiles y que nos ayudaran, a un mejor conocimiento de esta problemática:

López et al.¹⁰¹, expresan, que en el 76% de los casos, el tóxico estuvo al alcance del niño.

Blanco et al.¹⁰², encuentran datos similares, e indican, que en el 75% de los casos, el niño tenía acceso al producto y que, en el 16%, estaba guardado en un envase no original.

Bedoya et al.¹⁰³, refieren, que en el 81,9% de las intoxicaciones, el niño tenía un fácil acceso al tóxico; en el 33,4%, el envase, no se encontraba cerrado y, en el 16,5%, los productos no estaban en su envase original.

Arroyo et al.¹⁰⁴, al estudiar las intoxicaciones por cáusticos, manifiestan, que en el grupo de cáusticos fuertes, en el 26,6% de las ocasiones, el producto ingerido fue confundido con agua.

5.1.4. QUEMADURAS

Los niños, siguen constituyendo un alto porcentaje, de los pacientes atendidos por quemaduras, especialmente los más pequeños. Los datos revelan que, los niños hasta cuatro años, tienen 3 veces más riesgo que el resto de la población.

En el presente trabajo, estudiamos 94 asistencias por quemadura, que representan, el 2,3% de los accidentes infantiles.

La revisión de otros trabajos publicados, muestra variaciones respecto a la incidencia de este tipo de accidente entre los niños, de acuerdo con el tramo de edad y la situación geográfica del estudio.

En la Comunidad Valenciana, Colomer y Gascón⁸⁵, encuentran un porcentaje similar al nuestro, ya que las quemaduras, constituyen el 2,4% de las lesiones accidentales.

En Zaragoza, Elías et al.⁶², al estudiar los accidentes, en los niños de 0-14 años, encuentran que, el 1,7%, son quemaduras.

Cervantes et al.⁶⁶, en la región de Murcia, con niños menores de 7 años, señalan que, el 5% de los accidentes, son quemaduras.

En Granada, Constan et al.⁷¹, en niños de 0-14 años, atendidos por accidente, en Centros de Salud, hallan, un 20,7% de quemaduras, siendo la segunda causa accidental.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, al analizar las lesiones, en niños de 0-14 años, indica que, el 1,8% han sido quemaduras.

En Seattle, Rivara et al.⁸⁸, estudiando los accidentes, en niños menores de 1 año, señala, un 18% de quemaduras.

The National Health Care Survey⁷⁷, en USA, publica que en la población infantil de 0-5 años, las quemaduras, representan el 3,3% de todas las lesiones.

En Dinamarca, Lindblad y Terkelsen⁷³, detallan, un 8% de quemaduras, entre los niños de 0 a 14 años.

Adesunkanmi et al.⁶⁹, en Nigeria, indican que, el 7,3% de las asistencias en Urgencias, corresponde a quemaduras, en los niños menores de 15 años

En la UAE, Bener et al.⁷², en niños accidentados de hasta 14 años, encuentran que, el 4,3% son asistidos por quemaduras.

En Cleveland, Christopher et al.⁶⁴, observan, en niños menores de 9 años, un 5,2% de quemaduras.

Accidentes infantiles	Quemaduras
Bañón (0-7 años)	2,3%
Rivara et al. (< 1 año)	18,0%
Cervantes et al. (0-6 años)	5,0%
Christopher et al. (0-8 años)	5,2%
Colomer y Gascón (0-14 años)	2,4%
Elías et al. (0-14 años)	1,7%
Constan et al. (0-14 años)	20,7%
Grupo Colaborativo (0-14 años)	1,8%
Lindblad y Terkelsen (0-14 años)	8,0%
Adesunkanmi (0-14 años)	7,3%
Bener et al. (0-14 años)	4,3%

TablaXVI. Quemaduras.

Respecto al sexo, vemos en nuestro estudio que, el masculino (60,6%) predomina sobre el femenino (39,4%).

Apreciamos valores semejantes, en los distintos autores revisados.

Bener et al.⁷², 66,6% de niños y, 33,3% de niñas.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, encuentra, un 63,6% de niños y un 36,4% de niñas.

En Alicante, Pardo¹⁰⁸, halla, entre los niños de hasta 15 años, que el 74,4% son de sexo masculino y, el 25,6% del femenino.

Ramanathan et al.¹⁰⁹, en Gran Bretaña, al estudiar las quemaduras en niños hasta los 8 años, indican que, el 52,7% son del sexo masculino y, el 47,3% del femenino.

En Francia, Mercier y Blond¹¹⁰, refieren que, el 61,6% son niños y, el 38,4% son niñas, entre la población de 0 a 15 años, que han sufrido quemaduras.

En Egipto, El-Badawy y Mabrouk¹¹¹, analizando, las quemaduras en niños hasta 15 años, detallan, un 53,7% de sexo masculino y, un 46,2% de sexo femenino.

Dědovič et al.¹¹², de la República Checa, encuentran, entre los niños de 0 a 14 años, atendidos por quemaduras, un 64% de niños y, un 36% de niñas.

La distribución de frecuencias de la variable edad, pone de relieve, que los niños de 1 año, constituyen la población de mayor riesgo, ya que, registran el 33% de las quemaduras estudiadas. Si consideramos, a los niños menores de 3 años, el porcentaje de quemados, alcanza, el 59,6% del total.

Los resultados, son también llamativos, al considerar los grupos de edad, pues, el 47,8%, son Preescolares y, el 27,7% Lactantes.

Todas las series publicadas, resaltan la edad, como un factor importante en este tipo de lesiones infantiles.

En Zaragoza, Elías et al.⁶², indican, que el 64,8% de las quemaduras, suceden en niños menores de 4 años.

Molina et al.⁶³, encuentran que, el 61% de los asistidos por quemadura, son niños menores de 3 años.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, refiere, que los menores de 5 años, representan el 59,1%.

En Japón, Fukunishi et al.¹¹³, al estudiar las quemaduras en niños menores de 15 años, hallan que, el 52%, son menores de 3 años.

Dědovič et al.¹¹², precisan, que entre 1 y 3 años, se producen el 50,7% de las quemaduras.

Mercier y Blond¹¹⁰, observan que, el 46,5% de los quemados, hasta 15 años, son niños entre 1 y 3 años.

En Hong Kong, Ho y Ying¹¹⁴, estudiando las quemaduras, en niños hasta 15 años, señalan que, el 47,2% son menores de 2 años.

No encontramos significación estadística, al relacionar la edad del niño accidentado con otras variables, como mecanismo accidental, profundidad de la quemadura y superficie corporal quemada.

Los meses que registran un mayor número de asistencias por quemadura, son Mayo (12,8%) y Junio (11,8%), los de menor frecuencia, Marzo (3,2%) y Diciembre (3,2%).

Dědovič et al.¹¹², no encuentran significación, al valorar la estación del año en que se originan las quemaduras y, El-Badawy y Mabrouk¹¹¹, señalan, una mayor incidencia, en los meses del invierno (44,2%).

Respecto al día de la semana, vemos que, el Martes registra un mayor número de quemaduras (19,2%) y, el de menor, el Viernes (7,4%).

El-Badawy y Mabrouk¹¹¹, hacen referencia, al Viernes como el día de mayor frecuencia aunque, exponen que este día es festivo en Egipto.

Al analizar la hora de asistencia al Servicio de Urgencias Pediátricas, observamos, que las horas de mayor frecuencia, son las 22 (13,9%) y las 16 horas (10,9%). En el tramo horario de las 16 hasta las 23 horas, se produce el 61,7% de las asistencias por quemadura.

En Noruega, Ytterstad y Sjøgaard¹¹⁵, distinguen un pico, a las 10, y otro, a las 18 horas.

Dědovič et al.¹¹², señalan, una mayor incidencia a las 16 (13,7%) y, a las 18 horas (14,2%).

El-Badawy y Mabrouk¹¹¹, localizan la mayor frecuencia, a las 16 (19,3%), las 14 (16,7%) y, las 18 horas (16,1%).

La escaldadura, es el mecanismo accidental más frecuente en las quemaduras estudiadas, con un 42,7%; en segundo lugar con el 22,3%, la quemadura por contacto. En el 22,3%, no consta el mecanismo accidental.

Todos los autores consultados, exponen que la escaldadura, es el mecanismo accidental, más frecuente en los niños^{110,111,108,113}.

Al considerar la profundidad de la quemadura, el 70,2% corresponde a quemaduras de segundo grado, el 11,7% de primer grado y, sólo un 3,2%, son consideradas de tercer grado.

En el 14,9%, no consta la profundidad de la quemadura.

Si tenemos en cuenta la superficie corporal quemada, es menor del 10%, en el 58,5% de los casos. Resaltamos que, en el 40,4% de las quemaduras, no consta la superficie corporal quemada, creemos, que debido a la levedad de la lesión.

En Francia, Mercier y Blond¹¹⁰, sobre un total de 937 niños, de 0 a 15 años, asistidos por quemadura, señalan que, en el 57%, afectan a menos del 10% de la superficie corporal.

El-Badawy y Mabrouk¹¹¹, encuentran que, el 87,2% de las quemaduras, son menores del 10% de la superficie corporal.

Fukunishi et al.¹¹³, hallan igual porcentaje, el 35,6%, en las menores del 10% y, en las que afectan entre, el 20-29% de la superficie corporal.

En cuanto a la localización de la lesión, es más frecuente en el miembro superior (35,1%), le siguen en importancia, las quemaduras en más de una zona del cuerpo (23,4%) y en el miembro inferior (14,9%).

Ytterstad y Søggaard¹¹⁵, distinguen, como localizaciones más frecuentes, el miembro superior (35,8%), miembro inferior (32,8%) y múltiples (22,4%).

Fukunishi et al.¹¹³, señalan, que la quemadura afecta al tronco, en el 72,6% de los casos.

En Alicante, Pardo¹⁰⁸, indica, que la cabeza (18%) y, el miembro superior (17,7%), son las localizaciones más frecuentes.

Ramanathan et al.¹⁰⁹, encuentran, que en 81% de las quemaduras, se ve afectado el tronco, en su parte anterior y superior.

En Dinamarca, Lingdorf¹¹⁶, al estudiar las quemaduras por escaldadura, en niños de hasta 5 años, indica, como localización mas frecuente de la lesión, al miembro superior (45%).

Observamos que 7 niños (7,4%), son ingresados en el hospital para su posterior tratamiento, lo que origina un total de 116 días de estancia. La media de la estancia hospitalaria, es de 16,5 días.

Otros autores, al considerar las estancias hospitalarias por quemadura, presentan valores similares a los obtenidos por nosotros.

Lyngdorf¹¹⁶, indica, que la estancia media en el hospital, es de 15 días.

En Francia, Mercier y Blond¹¹⁰, señalan una estancia media, de 16,2 días.

Para Dědovič et al.¹¹², la estancia media, se sitúa en 15,8 días.

En Egipto, El-Dabawy y Mabrouk¹¹¹, refieren, una estancia media algo superior, 20 días.

Quemaduras hospital	Estancia media
Bañón	16,5 días
Lingdorf	15,0 días
Mercier y Blond	16,2 días
Dědovič	15,8 días
El- Dadawy y Mabbrouk	20,0 días

Tabla XVII. Quemaduras; media de la estancia hospitalaria.

5.2. LESIONES PRODUCIDAS POR ANIMALES

El presente trabajo de investigación, pone de manifiesto, que las lesiones infantiles provocadas por animales, constituyen la segunda causa de asistencia al Servicio de Urgencia; estudiamos 251 casos que son, el 6,1% de los niños lesionados.

En la Región de Murcia, Cervantes et al.⁶⁶, señalan, que las lesiones producidas por animales, son el 4,5% del total.

Elías et al.⁶², refieren, que las mordeduras y picaduras, representan el 2,7% de las lesiones.

Para Bener et al.⁷², las mordeduras y picaduras, se presentan en el 2,6% de los niños asistidos.

Adesunkanmi et al.⁶⁹, indican, que en el 8,8% de los lesionados, han sido atendidos, por mordeduras.

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, encuentra, que las lesiones provocadas por animales, son el 1,7%.

The National Health Care Survery⁷⁷, en la estadística publicada en 1998, refiere que, en los niños de 0-5 años, las lesiones causadas por animales, son el 3,9% del total.

Vemos, una mayor incidencia en el sexo masculino (55,8%) que, en el femenino (44,2%); con una relación Niño/Niña 1,2:1.

En relación al sexo, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, refleja un mayor predominio del sexo masculino (64,5%), frente al femenino (41,9%), con una relación, Niño/Niña de 1,8:1.

En USA, Brogant et al.¹¹⁷, al analizar las lesiones producidas por mordedura de perro, en niños de hasta 16 años, encuentran, un 60% del sexo masculino.

Al considerar la edad de los lesionados, observamos una mayor incidencia (20,3%), en los niños de 1 año y, la menor, en los de 7 años (5,6%). Resaltamos que, en el 59,4% de los casos, son niños menores de 4 años.

La distribución de frecuencias por meses, pone de manifiesto, una mayor incidencia, de este tipo de lesiones, durante los meses más cálidos del año, desde Mayo a Septiembre (61,4%), destacando entre ellos, el mes de Agosto (15,5%).

En USA, Avner y Baker¹¹⁸, estudiando las mordeduras de perro en áreas urbanas, señalan, que el 65% de los casos, se producen en primavera y verano, desde Abril a Septiembre.

El día de la semana más relevante, es el Domingo que registra un 23,5% de los casos. Si tenemos en cuenta, que el día sea laborable o festivo, en el 29,5% de las ocasiones, la lesión, se origina en día festivo.

La hora del día en que se produce un mayor número de asistencias, corresponde a las 20 horas. El tramo horario entre las 16-23 horas, registra un 57% de las asistencias.

El diagnóstico clínico más frecuente, es la picadura (77,3%), le sigue en importancia, el traumatismo único (19,9%); aparece traumatismo múltiple, en el 1,2% de los niños.

En la mayoría de los casos (87,1%), la picadura es producida por insectos, aunque destacamos que, en un 6,2%, ha sido provocada por medusas.

Los perros, son el agente causante de los traumatismos en el 86,8% de los casos y, los gatos en el 9,6%.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, de Galicia, coincide con nuestros datos, al encontrar un mayor número de lesiones producidas por perro (75,8%).

Las lesiones, se localizan con mayor frecuencia, en la cabeza con el 27,5% y, en el 19,9%, hallamos lesiones múltiples. En el 12,4%, se ve afectado el miembro superior y, el inferior en el 10,3%. Las lesiones en el tronco, se contabilizan en el 2,4%.

Weis et al.¹¹⁹, hallan en los niños de 0 a 9 años asistidos por mordedura de perro, que en el 73% de los casos, las lesiones se localizan en el rostro, cabeza y cuello.

Brogant et al.¹¹⁷, también observan, una mayor frecuencia de lesiones (82%), en la cabeza y cuello.

El número de ingresos hospitalarios, por esta etiología, fue de 6, es decir, un 2,4%, lo que originó, 14 días de estancia.

En 5 de los niños ingresados (83,3%), la lesión fue causada por mordedura de perro.

5.3. ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los accidentes de vehículos a motor, siguen constituyendo, una de las causas más importantes de mortalidad, en la edad pediátrica.

Analizando en España, la mortalidad por accidentes en pediatría, durante el período de 1982 a 1986, Carol et al.²⁰, refieren, que de las 37.923 defunciones ocurridas entre niños de 0 a 14 años, 5.231 de ellas, han sido por accidentes y, representan, el 13,79% del total.

Así mismo, indican, que en todos los grupos de edad y en ambos sexos, los accidentes, que han causado mayor número de defunciones, son los accidentes de tráfico, con 1.996 muertos, es decir, el 38,18%.

El I.N.E.¹⁸, en su publicación, “Defunciones según la causa de Muerte 1998”, señala que, en niños hasta los 14 años de edad, se han producido 2.937 defunciones, de las cuales, 408 han sido por causas externas de traumatismos y envenenamientos (13,8%) y, entre ellas 220 se produjeron por accidentes de vehículos a motor (53,92%).

La Dirección General de Tráfico publica en su Anuario de Accidentes 1998⁸⁷, que las víctimas, con edades comprendidas entre 0 y 14 años, ascienden a 3.863, de las cuales 117 (3%) fallecieron.

Los datos expuestos, ponen de relieve, la importancia que este tipo de accidentes tiene sobre la población infantil.

En el presente estudio, analizamos 76 casos por accidente de tráfico, lo que representa un 1,85% del total de las lesiones infantiles.

En USA, The National Health Care Survey⁷⁷, detalla, que entre los niños de 0 a 5 años, los accidentes de tráfico, originan el 4,3% de las asistencias en los Servicios de Urgencia.

Elías et al.⁶², encuentran en Zaragoza, que las lesiones, por accidentes de tráfico, representan el 1,2% del total.

En Madrid, Molina et al.⁶³, ponen de manifiesto, que el 1,28% de las asistencias pediátricas hospitalarias, son debidas a accidentes de tráfico.

En Murcia, Cervantes et al.⁶⁶, aprecian un 10,8% de accidentes de tráfico.

En Granada, Constan et al.⁷¹, indican, que las asistencias en Centros de Salud por accidentes de tráfico, son el 17% del total.

Bener et al.⁶⁸, en la UEA, detallan, un 3,3% de niños lesionados, por accidentes de tráfico.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵ de Galicia, refiere que los accidentes de tráfico, son la causa del 10,9% de las lesiones pediátricas.

En Nigeria, Adesunkanmi et al.⁶⁹, hallan, al estudiar los accidentes en niños de hasta 15 años, que el 26,5%, se deben a accidentes de tráfico.

Urgencias Pediátricas	Accidentes Tráfico
Bañón	1,8%
N.C.H.S.	4,3%
Elías et al.	1,2%
Molina et al.	1,2%
Cervantes et al.	10,8%
Constan et al.	17,0%
Bener et al.	3,3%
Grupo Colaborativo	10,9%
Adesunkanmi et al.	26,5%

TablaXVIII. Accidentes de tráfico.

Como en otras etiologías, señalamos un predominio del sexo masculino (57,9%), respecto al femenino (42,1%).

En Galicia, el Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, también indica, que estos accidentes, afectan más a los niños (64,8) que, a las niñas (35,2%).

Al relacionar la variable sexo con el mecanismo accidental, vemos que las niñas, sufren en el 53,1% de las ocasiones atropellos, los niños, sólo en el 29,5% de los casos.

Llama también la atención, que los accidentes de motocicleta son más frecuentes en las niñas (12,5%) que, en los niños (2,3%).

Al realizar la prueba de chi-cuadrado no existe la suficiente evidencia para dudar de la hipótesis nula.

Si relacionamos el sexo con el ingreso hospitalario, observamos, que ingresan más niñas (37,5%) que niños (22,7%). No hallamos valores de dependencia entre ambas variables.

Los niños de 5 años, son los que sufren con mayor frecuencia (23,7%) estos accidentes. Resaltamos, que entre los 3 y 6 años, encontramos al 76,3% de los niños lesionados por accidente de tráfico.

Al analizar ,la edad del accidentado respecto al mecanismo accidental, observamos, que los niños de 7 años, sufren un alto porcentaje de atropellos (80%); porcentaje, algo inferior, en los de 2 años (60%).

Sólo en los niños de 3 a 6 años, encontramos lesiones por accidentes de motocicleta.

Los lesionados de 1 año, sufren los accidentes más graves ya que, ingresan en el hospital, el 50% de ellos.

El mes que registra más accidentes de tráfico, es Septiembre (14,5%). El de menor incidencia, Diciembre (2,6%).

La relación entre el mes y el mecanismo accidental, nos indica, que los atropellos son más frecuentes en Noviembre (75%), Junio (70%) y Septiembre (63,6%).

No encontramos valores con significación estadística, entre ambas variables.

La distribución de frecuencias respecto al día de la semana, nos indica, que el Jueves, es el de mayor incidencia, ya que registra, un 21,1% de los accidentes.

La mayoría de los accidentes de tráfico, se produce en día laborable (78,9%).

Al relacionar el tipo de día con el mecanismo accidental, ponemos de relieve que todos los atropellos y accidentes de motocicleta se producen en día laborable.

Respecto a la hora de asistencia en el Servicio de Urgencia, señalamos, que a las 13 y a las 19 horas, se registra la mayor incidencia, con el 10,6% y 13,3%, respectivamente.

El agrupamiento de las asistencias en tramos horarios, manifiesta frecuencias similares, entre las 8-15 horas (44,7%) y las 16-23 horas (46,1%).

Los datos reflejados, parecen indicar un mayor riesgo de accidentes al inicio del curso escolar y a las horas de entrada y salida de los colegios.

En cuanto al mecanismo accidental, el atropello es el más frecuente (39,4%), seguido del accidente de automóvil (31,6%) y del accidente de motocicleta (6,6%). En 17 ocasiones (22,4%), no consta el mecanismo accidental.

El diagnóstico clínico observado, en el 67,1% de los accidentados, es el traumatismo único, destacando el traumatismo craneoencefálico (22,4%) y la contusión (22,4%). Se aprecia traumatismo múltiple, en el 27,7% de los casos.

Arnarson y Halldórsson⁹⁰, observan, que el 19% de los traumatismos craneoencefálicos, tiene su origen, en accidentes de tráfico.

Elorza et al.⁹⁵, en su estudio sobre los traumatismos craneoencefálicos, en un Servicio de Urgencia, indican, que en el 41% de los casos, se produce por accidente de tráfico.

Al tener en cuenta, la localización de la lesión, vemos que predominan las lesiones en la cabeza (44,7%) y las lesiones múltiples (28,9%). El miembro inferior, se ve afectado en el 15,8%; no hallamos lesiones en el miembro superior.

El Grupo Colaborativo Multicéntrico⁷⁵, detalla, como localización más frecuente de las lesiones, extremidades (44,9%), craneal (25,5%), facial (19,7%) y cuello (4,4%).

En 22 ocasiones (28,9%), ha sido necesario el ingreso hospitalario del niño accidentado, dando lugar, a 94 días de estancia hospitalaria. La media de la estancia, es de 4,27 días.

Molina et al.⁶³, en Madrid, encuentran, que los ingresos en el hospital por accidentes de tráfico, representan, el 31,7% de los lesionados.

5.4. OTRAS ETIOLOGÍAS

Bajo este epígrafe, incluimos 13 casos de agresión, 7 de malos tratos y 4 de abuso sexual.

Las asistencias de lesionados por estas etiologías, en los Servicios de Urgencias Pediátricas, conllevan consecuencias legales, no sólo para el niño lesionado, también para la familia y el médico. Por otra parte, la dificultad de establecer un diagnóstico clínico y la carencia de los necesarios signos objetivos para realizarlo, determina un desconocimiento de las características de estas lesiones.

Por todo ello, consideramos que, junto con la historia clínica y las pruebas complementarias necesarias, la exploración detallada constituye un elemento básico para el diagnóstico.

A pesar de la carencia de estudios sobre estas etiologías en nuestro país, en el ámbito sanitario y social, se observa un incremento en las cifras de este tipo de lesiones en la población infantil.

La investigación debe ir encaminada, a establecer los criterios básicos, que faciliten, no sólo el diagnóstico, también, el conocimiento a nivel legal y social de estas situaciones.

En Detroit, Rosenberg y Marino²⁷, estudian la frecuencia de sospecha de maltrato, en 431 niños, que son atendidos por quemadura y refieren que, en 84 ocasiones (19,5%), las lesiones permiten la sospecha de abuso/maltrato.

En el 69% de los casos, las sospechas, se basaron en la historia clínica y/o examen físico y, en el 31% de los niños, reveló abusos previos o quemaduras anteriores.

De los niños asistidos, 75 (17%) presentaban quemaduras en más de dos sitios, 24 de ellos (32%), fueron objeto de maltrato.

El 51% de las sospechas, correspondieron a niños, entre 2-4 años. Las escaldaduras, permitieron la sospecha en el 20% de los casos.

Stewar et al.²⁶, analizando, los traumatismos en la población infantil de 0 a 3 meses, encuentran, sobre un total de 111 niños, que 31 de ellos, es decir, un 28%, es susceptible de abuso/maltrato.

Al comparar determinadas variables, entre los grupos de lesionados accidentales y lesionados sospechosos de maltrato, refieren, que las fracturas de cráneo, son más frecuentes en el grupo de maltrato 7/31, frente a 7/80. También, respecto a las fracturas en extremidades, hallan 4/31, frente a 2/80, señalando, significación estadística ($p < 0,005$).

Las fracturas múltiples, sólo se observan en el grupo de abuso/maltrato y, la hospitalización, es más frecuente, en este grupo 12/31, que en el grupo de accidentados, 8/80 ($p < 0,001$).

En Seattle, Rivara et al.³⁴, estudiando las lesiones, en 146 niños de hasta 1 año, señalan, 6 casos de abusos (4,1%).

Al agrupar los casos de abuso citados, con los registrados otros años, establecen, un grupo de 45 niños, donde observan que, 30 de ellos (66%), presentan una sola lesión y, el resto, 15 de ellos (34%) presenta lesiones múltiples, de carácter severo, incluyendo traumatismos craneoencefálicos, hemorragias retinales, fracturas de cráneo, costillas y extremidades.

Kadish et al.¹²⁰, en un trabajo realizado en UTA, sobre los traumatismos rectales y genitales, en niños menores de 17 años, observan, sobre un total de 1494 lesionados que, 44 de ellos (3%), presentan sospecha de abuso sexual. Encuentran, en el grupo de abuso, una menor edad media (6,7 años), frente al grupo de lesiones accidentales (9 años), así como, una mayor frecuencia de lesiones rectales, frente a las localizadas en escroto, pene y testículos.

Refieren penetración anal, en 25 niños (57%), asociadas a felaciones. También, señalan que en los casos de abuso, las lesiones rectales presentan localizaciones preferentes, así, en posición decúbito supino, encuentran, que en el 43% de ellas, se localizan en 1, 11 y 12 horas y, en el 42%, en 5,6 y 7 horas, es decir, en las proximidades del rafe medio.

En el Hospital "Sant Joan de Déu" de Barcelona, Pou et al.¹⁵, al revisar retrospectivamente, las sospechas de abuso sexual infantil, durante un año, encuentran 18 casos de niños, con edades entre 1 mes y 14 años.

Resaltan, un claro predominio del sexo femenino (72%) y, el 50% de los niños, conviven en situación de separación conyugal.

Detallan 10 casos de exploración normal, 4 compatibles con el abuso sexual y, en 4 ocasiones, se confirman las sospechas. Solamente el 16%, presentaba signos físicos evidentes.

Concluyen, para facilitar la comprensión de la situación y sus posteriores decisiones a los juristas, establecer cuatros grupos: ausencia de abuso, cuando no lo sospechamos; compatible con abuso, cuando los hallazgos pueden ser debidos a un abuso pero también a otras causas; sospechoso de abuso, cuando la causa es con mucha o casi seguridad un abuso pero no disponemos de signos objetivos que lo demuestren; contacto sexual o penetración seguros, cuando existen signos objetivos que lo evidencian.



6. CONCLUSIONES

*Miguel
Hernández*



6. CONCLUSIONES

1. Se han recogido, durante el año 1998, 4.108 lesiones, en niños de hasta 7 años, sobre un total de 22.241 asistencias pediátricas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Alicante, lo que supone, el 18,47% de las mismas.
2. La media diaria de asistencias por lesiones, ha sido de 11,2.
3. El sexo predominante es el masculino (58,5%). La relación Niño/Niña es de 1,41:1.
4. Los niños de 1 año, son los que sufren mayor número de lesiones(19,4%).
5. Hay una mayor incidencia de lesiones durante los meses más cálidos del año.
6. Las lesiones son más frecuentes en los fines de semana y, en los días festivos (12,5 lesionados/día).
7. El 61,5% de las asistencias, se realizan entre las 16 y 23 horas.
8. El diagnóstico clínico más observado, es el traumatismo único (78,9%).
9. En casi la mitad de los niños, la lesión se localiza en la cabeza (47,1%).
10. Requieren hospitalización, para su tratamiento, el 4,8% de los lesionados. Los niños menores de 4 años, sufren las lesiones más graves, ya que, representan, el 51,3% de los ingresos hospitalarios.
11. La media de la estancia hospitalaria, es de 4,4 días.
12. La mayoría de las lesiones, presenta una etiología casual (91,4%).

13. El mecanismo lesional más frecuente, es la caída (23,9%), que origina, en el 57% de los casos, lesiones en la cabeza.
14. Los cuerpos extraños se localizan, preferentemente en el tracto digestivo (44,8%). Los más comunes, son las monedas (15,8%).
15. Las intoxicaciones, se presentan con mayor incidencia en los niños de 1 año (33%).
16. Entre los agentes tóxicos, predominan los de uso doméstico (cáusticos) y los fármacos (paracetamol y benzodiazepinas).
17. El 33% de las quemaduras, se presentan en niños de 1 año. Los menores de 3 años, sufren el 59,6%, de las mismas. La escaldadura, es el mecanismo lesional más frecuente.
18. El 70% de las quemaduras, son calificadas de 2º grado, y afectan al miembro superior en el 35,1% de las ocasiones. La media de la estancia hospitalaria por quemadura, es de 16,5 días.
19. Las mordeduras de perro, producen el 83,3% de los ingresos hospitalarios por lesiones producidas por animales.
20. Los accidentes de tráfico, ocurren con mayor frecuencia, en los niños de 5 años (23,7%).
21. Entre los accidentes de tráfico, son más comunes, los atropellos (39,4%), en día laborable y, a las 13 y 19 horas.
22. El único fallecimiento registrado, se produjo por accidente de tráfico.
23. Se recogen 126 partes de lesiones, el 0,52% de las urgencias pediátricas. Los accidentes de tráfico, generan el 69,8% de los partes judiciales.

7. BIBLIOGRAFÍA





7. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
2. Gisbert Calabuig JA, Murcia Saiz E. Delito de lesiones. En: Gisbert Calabuig, ed. Medicina Legal y Toxicología, 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998; 315-319.
3. Hinojal Fonseca R. Conceptos generales de valoración del daño corporal. En: Hinojal Fonseca R, ed. Daño corporal: Fundamentos y métodos de valoración médica. Gijón: Arcano Medicina, 1996; 19- 32.
4. OMS. Los accidentes en la infancia. La observación de los hechos como fundamento de las medidas preventivas. Ginebra. Publicaciones de la OMS (informe técnico nº 118), 1957.
5. Gascón Pérez ME. Estudio epidemiológico de la mortalidad y morbilidad por accidentes infantiles en la Comunidad Valenciana. En: Salud para todos en el año 2000. Monografías Sanitarias. Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1991; 9 (Serie D).
6. Yacoubovitch J, Lelong N, Cosquer M, Tursz A. Étude épidémiologique des séquelles d'accidents à l'adolescence. Arch Pédiatr, 1995; 2: 532-538.
7. Rodríguez P. Prevención de los accidentes. An Esp Pediatr 1996. XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. Libro de Actas (II); 96-99.
8. Widome M. Ignorancia sobre los accidentes. Pediatrics (ed. Esp.) 1992; 33 (6): 303-305.
9. Scott J, Kahn P, Rowe K, Brooke M. Pediatric Trauma: Impact on Work and Family Finances. Pediatrics 1996; 98 (5): 890-894.

10. Miller T, Galbraith, M. Injury Prevention Counseling by Pediatricians: A Benefit-Cost Comparison. *Pediatrics* 1995; 96 (1): 1-3.
11. UNICEF, "A league table of child deaths by injury in rich nations", Innocenti Report Card Nº 2, February 2001. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
12. Martí Lloret JB. La vulnerabilidad del menor. En: Rodes Lloret F y Monera Olmos C, ed. *El niño Vulnerable*. Universidad Miguel Hernández, 1999 ;2-8.
13. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (BOE nº 15, de 17 de enero de 1996).
14. Jiménez Moreno S. Tipología médico-forense del maltrato infantil. En: Rodes Lloret F y Monera Olmos C, ed. *El niño Vulnerable*. Universidad Miguel Hernández, 1999 ;23-35.
15. Pou Fernández J, Jordán García I, Gómez López L. Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año. *An Esp Pediatr* 1996; 45 (3): 245-248.
16. *Diario El Mundo* 1999 Jun 23; p 37.
17. *Praxis Clínica y Responsabilidad*. *Diario Médico*. Febrero 2003.
18. INE. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de Muerte 1998. Resultados Nacionales. Madrid, 2001.
19. Arbelo Curbelo A, Arbelo López de Letona A. Mortalidad de la infancia por accidentes. En: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social ed. *Los accidentes de la infancia en España*, 2ª ed. Madrid, 1981 ;19-29.
20. Carol Murillo J, Arnau Figueras J, Salvador Vilalta X. Mortalidad por accidentes en pediatría. Causas y Frecuencias. *An Esp Pediatr* 1992; 157-158.

21. García-Marcos L, Guillén Pérez J, Martínez Torres A, Martín Caballero M, Barberó Marí P, Borrajo Guadarrama E. Tasas de mortalidad en la infancia y sus causas en España. 1991. *An Esp Pediatr* 1998; 48 (1): 39-43.
22. <http://www.ine.es>
23. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Viure en salut nº 30. Generalitat Valenciana, 1995.
24. Bergman A, Rivara F. Sweden' s Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics* 1991; 88: 69-74.
25. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat valenciana, 2002.
26. Stewart G, Meert K, Rosenberg N. Trauma in infants less than three months of age. *Pediatr Emerg Care* 1993; 9 (4): 199-201.
27. Rosenberg N, Marino D. Frequency of suspected abuse/neglect in burn patients. *Pediatr Emerg Care* 1989; 5 (4): 219-221.
28. Rodríguez P. El drama del menor en cifras. En: ¿ Qué hacemos mal con nuestros hijos ?. Barcelona: Ediciones B, 1993; 357-369.
29. Rodes Lloret F. Abuso sexual en la infancia. En: Rodes Lloret F y Monera Olmos C, ed. *El niño Vulnerable*. Universidad Miguel Hernández, 1999 ;39-50.
30. Rodes Lloret F, Giner Alberola S, Martí Lloret JB, Moreno A, Jiménez Moreno S. Malos tratos en el ámbito familiar. *Acta Medicinae Legalis et Socialis*, vol XLI, pp 181-192. 1991.

31. Comité Nacional para la Prevención de los Accidentes en la Infancia. Plan de Prevención de Accidentes Infantiles 1979. *An Esp Pediatr* 1979; 12(10): 643-666.
32. Picañol J. Medidas preventivas en los accidentes de la infancia. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 160-163.
33. Manciaux M. Accidentes en la infancia: De la epidemiología a la prevención. *Acta Pediatr Scand* 1985; 2: 175-183.
34. Rivara F, Wolf M. Investigación sobre las lesiones accidentales. ¿ Qué dirección debemos tomar ?. *Pediatrics (ed esp)* 1989; 28(1): 3-4.
35. Abad Pérez I, Colmenar Revuelta J, Gascón Pérez E. ¿ Qué se investiga en España sobre accidentes e intoxicaciones infantiles ?. Estudio descriptivo de los últimos once años. *An Esp Pediatr* 1987; 26(4): 225-227.
36. Kaufer K, Scheidt P, Agran P, Kraus J, McLoughlin E, Paulson J. Standard definitions for Childhood injury research: Excerpts of a conference report. *Pediatrics* 1992; 89(6): 1027-1034.
37. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. El papel del ámbito educativo en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat Valenciana, 2002.
38. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. El papel del ámbito policial en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat Valenciana, 2002.
39. Diario Información de Alicante. 4 de Febrero 1972.
40. Memoria 1998. Hospital General de Alicante y Centro de Especialidades Babel.

41. Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de Abril (B.O.E. nº 102 de 29 de Abril de 1986).
42. Orden de 27 de Diciembre de 1993, de la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana (D.O.G.V. nº 2175 de 30 de Diciembre de 1993).
43. INE. Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón Municipal a 1 de Enero de 1998. Resultados Municipales. Explotación estadística. Comunidad Valenciana. Madrid 2000.
44. Plaza Montero J. Problemática Hospitalaria de las urgencias pediátricas. An Esp Pediatr 1984; 21 (4): 300-308.
45. Pou Fernández J, Cambra Lasoasa F, Moreno Hernando J, Fernández Santervás Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. An Esp Pediatr 1995; 42 (1): 27-30.
46. Rodes F, Vazquez A, Martí Lloret JB. Medicina forense y el daño a las personas. Rev Esp Med Leg 1998; XXII(83): 32-37.
47. Criado MT. Normas relacionadas con las lesiones legales. En: Serrat D, editor. Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: Colex, 1998; 381-406.
48. Gisbert Calabuig JA, Gisbert Grifo MS. Documentos medico-legales. En: Gisbert Calabuig, ed. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998; 136-140.
49. Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Civitas, 1997.
50. Casado M, Hurtado P, Jiménez A. Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. Emergencias 1999; 11: 365-368.

51. Casas J, Rodríguez MS. Manual de actuación médico-legal en urgencias. Madrid: IM&C; 2000.
52. Ley 21/2000, de 29 de Diciembre, de la Generalitat de Catalunya, Sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica (B.O.E. nº 29 del 2 de Febrero de 2001).
53. Ley 3/2001, de 28 de Mayo, de la Xunta de Galicia, Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (B.O.E. nº 158, de 3 de Julio de 2001).
54. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE Nº 274, 15 de noviembre 2002)
55. Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (B.O.E. nº 48 de 25 de Febrero de 2003).
56. Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999.
57. Nuevo Código Deontológico Autonómico. Consejo de Colegios Médicos Valencianos. 2002.
58. Santos Morón MJ. La ley, jueves 12 de diciembre (Nº 5675).
59. Comas LI, Perramón X, Sábado C, Ballabriga J, Fernández P. Consenso médico-legal en Urgencias Pediátricas. An Esp Pediatr 1997; 46: 538-541.
60. Garcia Blázquez M, Molinos J. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (Aspectos jurídicos y médico-forenses). Granada: Comares; 1995.

-
61. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión, 3ª ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 1996.
62. Elías Pollina J, García Vera C, Buñuel Alvarez C, Cenarro Guerrero T, Castillo Laita JA, Labarta Aizpun JI. Accidentes en la infancia: a propósito de los 14.301 casos atendidos durante 1 año. *An Esp Pediatr* 1991; 35(6): 385-388.
63. Molina Cabañero JC, de la Torre Espí M, Muñoz Orduña R, Canovas Molina M. Estudio de 8.035 casos de accidentes atendidos en un Servicio de Urgencias de un Hospital Infantil. *An Esp Pediatr* 1994; 40(3): 201-205.
64. Christopher N, Anderson D, Gaertner L, Roberts Dwasser E. Childhood injuries and the importance of documentation in the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1995; 11(1): 52-56.
65. Escorihuela R, Mestre JL, Escribano MJ. Accidentes infantiles y asistencia hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1988; 29(supl.): 28-30.
66. Cervantes Pardo A, Borrajo Guadarramá E, Canteras Jordana M, López Sánchez-Solis M, Pajaron de Ahumada M. Importancia de los accidentes en la infancia. Datos de un estudio regional. *An Esp Pediatr* 1990; 32(6): 493-498.
67. Gago García C, Ania Lafuente BJ, Luque Jiménez M, Asenjo González M, Poch Paez J. *An Esp Pediatr* 1990; 32(2): 99-104.
68. 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.
69. Adesunkanmi A, Oginni LM, Oyelami A, Bradu O. Epidemiology of Childhood Injury. *J Trauma* 1998; 44(4): 506-512.

70. Arbós Galdón J, Rovira Vila M, Llobera Cánaves J, Bonet Mulet M. Accidentes Infantiles en Atención Primaria. Rev San Hig Púb 1995; 69(1): 97-103.
71. Constan E, de la Revilla E, Fernández G, Casado IM, Jover I, Bolaños J. Accidentes infantiles atendidos en los centros de salud. Aten Primaria 1995; 16(10): 628-632.
72. Bener A, El-Rufaie O, Al-Suweidi N. Pediatric injuries in an Arabian Gulf country. Injury Prevention 1996; 3: 224-226.
73. Lindblad BE, Terkelsen CJ. Product-Related Home Accidents in Children. Acta Paediatr Scand 1991; 80: 1087-1091.
74. Laflamme L, Eliert-Petersson E. Injuries to pre-school children in a home setting: patterns and related products. Acta Pædiatr 1998; 87: 206-211.
75. Grupo Colaborativo Multicéntrico. Estudio de los accidentes e injurias en niños y adolescentes de Galicia. An Esp Pediatr 1996. Septiembre. XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. Libro de Actas (II): 232-237.
76. Verd Vallespir S, Villalonga Ramis M. Estudio prospectivo de los accidentes ocurridos en una escuela durante dos años. Act Ped Esp 1993; 51: 440-441.
77. Burt CW, Fingerhut LA. Injury visits to hospital emergency departments: United States, 1992-95. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 13(131). 1998.
78. González-Meneses A. Presente de los accidentes e intoxicaciones en Andalucía. An Esp Pediatr 1996. Septiembre. XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. Libro de Actas (II): 228-229.
79. Larsson JO, Aurelius G. Accidents in childhood: relation to psychosocial conditions and mental development. Acta Paediatr 1996; 85: 285-291.

80. Gofin R, Lison M, Morag C. Injuries in primary care practices. Arch Dis Child 1993; 68: 223-226.
81. Sacks J, Smith J, Kaplan K, Lambert D, Sattin R, Sikes K. The Epidemiology of Injuries in Atlanta Day-Care Centers. Jama 1989; 262(12): 1641-1645.
82. Kirsch T, Beaudreau R, Holder Y, Smith G. Pediatric injuries presenting to an emergency department in a developing country. Pediatr Emerg Care 1996; 12(6): 411-414.
83. Sibert JR, Maddocks GB, Brown BM. Childhood accidents-an endemic of epidemic proportions. Arch Dis Child 1981; 56: 225-234.
84. Lillis K, Jaffe D. Playground injuries in children. Pediatr Emerg Care 1997; 13(2): 149-153.
85. Colomer C, Gascón E. La epidemiología de los accidentes en la infancia: Datos actuales y perspectiva. An Esp Pediatr 1988; 29(supl.): 25-26.
86. Serrat D, García Calleja L, Castellano M. Estudio descriptivo de los partes de lesiones emitidos por el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario. Orcila 4. 1990: 51-64.
87. Anuario de Accidentes 1998. Dirección General de Tráfico.
88. Rivara F, Kamitsuka M, Quan L. Injuries to Children Younger Than 1 Year of Age. Pediatrics 1988; 81(1): 93-97.
89. Mosenthal A, Livingston D, Elcavage J, Merritt S, Stucker S. Falls: Epidemiology and Strategies for Prevention. J Trauma 1995; 38(5): 753-755.
90. Arnarson EÖ, Halldórsson JG. Head trauma among children in Reykjavík. Acta Pædiatr 1995; 84: 96-99.

91. Lallier M, Bouchard S, St-Vil D, Tucci M. Falls From Heights Among Children: A retrospective Review. *J Pediatr Surg* 1999; 34(7): 1060-1063.
92. Navascúes JA, Soletto J, Cerdá J, Barrientos G, Luque R, Estelles C, et al. Estudio epidemiológico de los accidentes en la infancia: Primer Registro de Trauma Pediátrico. *An Esp Pediatr* 1997; 47(4): 369-372.
93. Masson F, Salmi LR, Maurette P, Dartigues JF, Vecsey J, Garros B, et al. Particularités des traumatismes crâniens chez les enfants: épidémiologie et suivi à 5 ans. *Arch Pédiatr* 1996; 3: 651-660.
94. Daklia F, Leblanc A. Traumatismes crâniens par chute de lits superposés. *Arch Pediatr* 1995; 2: 186-187.
95. Elorza JF, Martí Aromit G, Cremades B, León P, Aleu M, Alvarez V. Consideraciones sobre los traumatismos craneoencefálicos pediátricos desde un servicio de urgencias. *An Esp Pediatr* 1997; 46(5): 464-466.
96. Cheng W, Tam P. Foreign-Body Ingestion in Children: Experience With 1,265 Cases. *J Pediatr Surg* 1999; 34(10): 1472-1476.
97. Pérez Prado M, Carballo I, Sendón F, García Fernández ME, Ramil C, Quiroga E. Aspiración de cuerpos extraños. *An Esp Pediatr* 1996; 44(5): 453-455.
98. Metrangolo S, Moneti C, Meneghini L, Zadra N, Giusti F. Eight Years' Experience With Foreign-Body Aspiration in Children: Wats Is Really Important for a Timely Diagnosis?. *J Pediatr Surg* 1999; 34(8): 1229-1231.
99. Pardo L, Martínez P, García J. Cuerpos extraños del área de otorrinolaringológica en la infancia. *Acta Pediatr Esp* 1998; 56: 286-290.
100. Durá T, Juste M, González Montero R, González de Dios J, Castaño C, Raduan FJ, et al. Intoxicaciones en la edad pediátrica (0-15 años). Edad preescolar y adolescencia como factores de riesgo. *Acta Pediatr Esp* 1997; 55(3): 115-120.

101. López Peña LF, Tapia C, Escrivá P, Comino LM, Clemente F, Noguera AM, et al. Consultas por intoxicación accidental en el área de urgencias pediátricas hospitalarias. *Acta Pediatr Esp* 1996; 54(10): 742-746.
102. Blanco E, Rodríguez Gutiérrez R, Azúa B, Mintegui S, Sánchez Echaniz J, Benito J. Intoxicaciones en la infancia: Aspectos epidemiológicos y manejo hospitalario. *An Esp Pediatr* 1995; 42(4): 265-268.
103. Bedoya R, Andrés A, Fijo J, Sánchez Moreno A, Luna S, Gómez de Terreros I, et al. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones accidentales atendidas en un hospital pediátrico. *An Esp Pediatr* 1993; 38(1): 38-42.
104. Arroyo Mansera C, Fernández Ferrandis S, Cano Novillo I. Ingesta de cáusticos: Repercusiones sanitarias de una patología de origen social. *An Esp Pediatr* 1997; 46(5): 433-438.
105. Bautista A, Estévez E, Varela R, Villanueva A, Tojo R, Cadranel S. A retrospective análisis of ingestión of caustic substances by children. Ten-year statistics in Galicia. *Eur J Pediatr* 1997; 156: 410-414.
106. Litovitz T, Manoguerra A. Comparison of Pediatric Poisoning Hazards: An Análisis of 3.8 Million Exposure Incidents. *Pediatrics* 1992; 89(6): 999-1006.
107. Pou Fernández J. Prevención de intoxicaciones accidentales. *An Esp Pediatr* 1996. Septiembre. Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. Libro de Actas (II): 205-206.
108. Pardo Mateu L. Epidemiología y prevención de quemaduras en la infancia. *Act Pediatr Esp* 1996; 54: 421-426.
109. Ramanathan C, Ekpenyong L, Stevenson JH. Scald burns in children caused by hot drinks-the importance of the type of cup. *Burns* 1994; 20(2): 111-114.

110. Mercier C, Blond MH. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. *Burns* 1996; 22(1): 29-34.
111. Ahmed El-Badawy, Mabrouk R. Epidemiology of childhood burns in the burn unit of Ain Shams University in Cairo, Egypt. *Burns* 1998; 24: 728-732.
112. Dědovič Z, Brychta P, Koupilová I, Suchánek. Epidemiology of childhood burns at the Burn Centre in Brno, Czech Republic. *Burns* 1996; 22(2): 125-129.
113. Fukunishi K, Takahashi H, Kitagishi H, Matsushima T, Kanai T, Ohsawa H, et al. Epidemiology of childhood burns in the Critical Care Medical Center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. *Burns* 2000; 26: 465-469.
114. Wai-sun Ho, Ying SY. An epidemiological study of 1063 hospitalized burn patients in a tertiary burns centre in Hong Kong. *Burns* 2001; 27: 119-123.
115. Ytteeerstad B, Søgaaard J. The Harstad Injury Prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. *Burns* 1995; 21(4): 259-266.
116. Lyngdorf P. Epidemiology of scalds in small children. *Burns* 1986; 12: 250-253.
117. Brogant T, Bratton S, Dowd M, Hegenbarth M. Severe Dog Bites in Children. *Pediatrics* 1995; 96(5): 947-950.
118. Avner J, Baker M. Dog Bites in Urban Children. *Pediatrics* 1991; 88(1): 55-57.
119. Weiss H, Friedman D, Coben J. Incidence of Dog Bite Injuries Treated in Emergency Departments. *Jama* 1998; 279(1): 51-53.
120. Kadis H, Schunk J, Britton H. Pediatric male rectal and genital trauma: Accidental and nonaccidental injuries. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(2): 95-98.