

Proyecto Zainbide. Proyecto de prevención de lesiones accidentales infantiles de la CAPV

Zainbide Proiektua. EAEko hautzaroko ustekabeko lesioak prebenitzeko proiektua

J.I. Zuazagoitia Nubla, J.M. Hernández
Hernández

Departamento de Sanidad. Dirección de
Salud Pública. Gobierno Vasco.
Vitoria-Gasteiz.

Correspondencia Juan I. Zuazagoitia Nubla,
Departamento de Sanidad, Dirección de Sa-
lud Pública, C/ Duque de Wellington 2,
01010 Vitoria-Gasteiz.

Las lesiones accidentales son en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en los países industrializados. Su importancia se debe no sólo a la morbilidad e incapacidades que ocasiona, sino a que es una de las principales causas de mortalidad prematura, afectando a una población joven, potencialmente activa.

Por tanto, la prevención de las lesiones accidentales es una de las prioridades del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco^(1,2). Esa importancia se refleja en el Plan de Salud que define como objetivo prioritario la disminución de la mortalidad debida a accidentes.

1. MAGNITUD DEL PROBLEMA

En la región europea las causas externas provocan más de 200.000 muertes al año, figurando en la mayor parte de los países como la primera causa de muerte e incapacidad en los grupos de edad más jóvenes. También son la causa principal de muerte en las personas de 1 a 44 años en los Estados Unidos. Alrededor de la mitad de todas las muertes relacionadas con lesiones accidentales son debidas a accidentes de tráfico. La otra mitad son lesiones domésticas y ambientales: caídas, ahogamientos, incendios, envenenamientos, asfixias y accidentes por armas de fuego.

A través del análisis del Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco se sabe que hubo 9.001 fallecimientos por causas externas entre los residentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco durante el período 1986-1995, ocupando el quinto lugar como causa de muerte detrás de las debidas al aparato circulatorio, cáncer y enfermedades del aparato respiratorio y digestivo. Sin embargo, es entre la población más joven donde la mortalidad debida a estas causas tiene particular importancia. Así, constituyeron la

primera causa de muerte de los tres hasta los treinta y cuatro años de edad, con un 46% del total de fallecimientos, llegando a alcanzar el 63,5% en el grupo de quince a veinticuatro años de edad. En los niños de uno a cuatro años de edad representaron la segunda causa de muerte (detrás de las anomalías congénitas), con un 20,3% del total de la mortalidad.

Los ciudadanos de Euskadi tienen una esperanza de vida comparable a la de los países de nuestro entorno europeo, incluso superior en algunos casos. Todas aquellas muertes que suceden antes de dicha edad se denomina mortalidad prematura y, como ya se ha dicho, supone una pérdida irremplazable de capital humano. En Salud Pública existe un parámetro para su cálculo, que son los años potenciales de vida perdidos (APVP). Pues bien, *los accidentes suponen la primera causa de años potenciales de vida perdidos en la CAPV*, delante de otras causas como el cáncer, enfermedades del aparato circulatorio o el SIDA. Este dato resulta especialmente dramático, ya que un gran porcentaje de accidentes son prevenibles. Como dice la OMS, «los accidentes no son accidentales» (Figs. 1 y 2).

En los niños entre cero y cuatro años de edad se registraron 95 fallecimientos por lesión accidental. Treinta y seis muertes se debieron a asfixias (38%) y 31 a accidentes de tráfico (33%). Cabe resaltar que 25 de las 36 muertes debidas a asfixias ocurrieron en los niños menores de un año. Esto significa que en los menores de un año la asfixia fue la primera causa y entre los de uno a cuatro años lo fue el tráfico. El resto de los fallecidos en estas edades estuvo motivado por caídas, envenenamientos, homicidios, incendios, iatrogenia y otros accidentes (Tabla I).

En 1986 las asfixias suponían la primera causa de muerte por accidente entre los niños de cero a cuatro años. Con el paso de

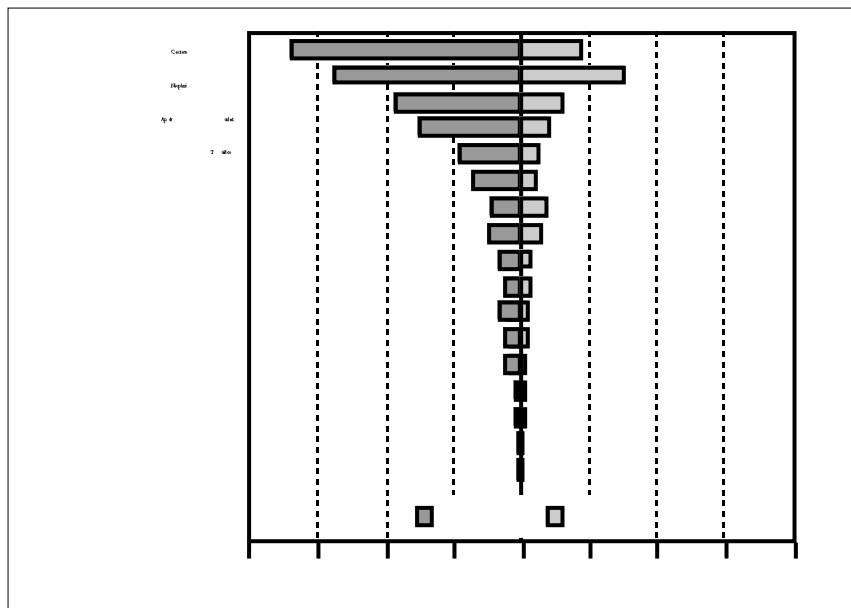


Figura 1. Mortalidad prematura por causa y sexo. Tasa de APVP por 1.000 hab.-año. CAPV 1986-95 [Fuentes: Registro de Mortalidad del Dpto. de Sanidad. G. Vasco. Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT)].

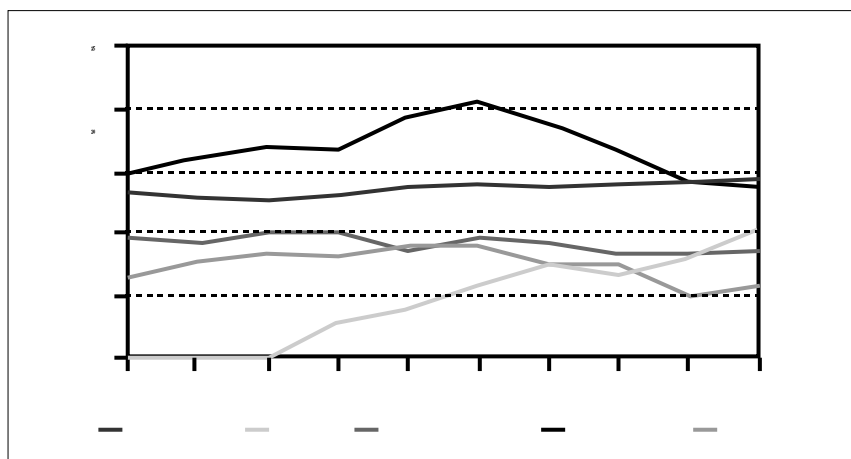


Figura 2. Mortalidad prematura por causa. Tasa de APVP* por 1.000 habitantes. Varones. CAPV 1986-95. * Ajustadas por edad. Población CAPV 1991 [Fuentes: Registro de Mortalidad del Dpto. de Sanidad. G. Vasco. Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT)].

los años esa primacía la han tomado los accidentes de tráfico, que han mantenido la misma tendencia a lo largo de los diez años. Las muertes debidas a las asfixias han disminuido claramente (Fig. 3).

Los datos de mortalidad muestran únicamente la punta del iceberg del problema de las lesiones accidentales. Son muchas las personas que se accidentan, que acuden a los servicios sanitarios demandando asis-

tencia, llegando a quedar con secuelas en un porcentaje nada despreciable. A nivel europeo y según datos del sistema EHLASS⁽³⁾, de vigilancia de accidentes domésticos y de las actividades del tiempo libre, se produjeron más de un millón trescientos mil accidentes en los Estados miembros, en el período 1990-1992.

Según dicho sistema EHLASS, las contusiones y heridas son las lesiones más fre-

TABLA I. MORTALIDAD POR ASFIXIA 0-4 AÑOS (1986-95)

Submersión y ahogamientos	10
Sin especificar	2
Piscinas	8
Aspiración de comida	9
Aspiración de otros objetos	9
Ahogo mecánico	8
Sin especificar	6
Cuna	1
Ahorcamiento	1
Bolsas plástico	0

Fuente: Registro de mortalidad de la CAPV

cuentes entre los cero y cuatro años de edad. Se lesionan más los niños que las niñas. El hogar es el primer sitio donde se accidentan, guiéndole en importancia los lugares públicos y de recreo.

En la CAPV y según el análisis de los datos de urgencias de diversos hospitales⁽⁴⁾, las lesiones más frecuentes son las contusiones y heridas abiertas (Tabla II).

Igual que en el sistema EHLASS, se accidentan más los niños que las niñas, con unos picos de máxima incidencia alrededor del tercero y decimoprimer año de vida (Fig. 4).

Y las caídas son el principal mecanismo de producción de la lesión (32%), seguidas por los golpes, choques y colisiones (13%).

Al igual que en el sistema EHLASS, el hogar es el lugar con mayor número de accidentes en este grupo de edad (Tabla III).

Asimismo, se aprecia una concentración de la accidentalidad entre las 9 y las 11 de la mañana, así como entre las 17 y las 19 horas (Fig. 5).

Los registros de altas hospitalarias de los hospitales de Osakidetza, en los casos de lesiones accidentales que ingresan en el hospital, nos aportan las causas y mecanismos por los cuales se producen. En el caso de las caídas, éstas se producen, mayoritariamente, al caerse los niños desde

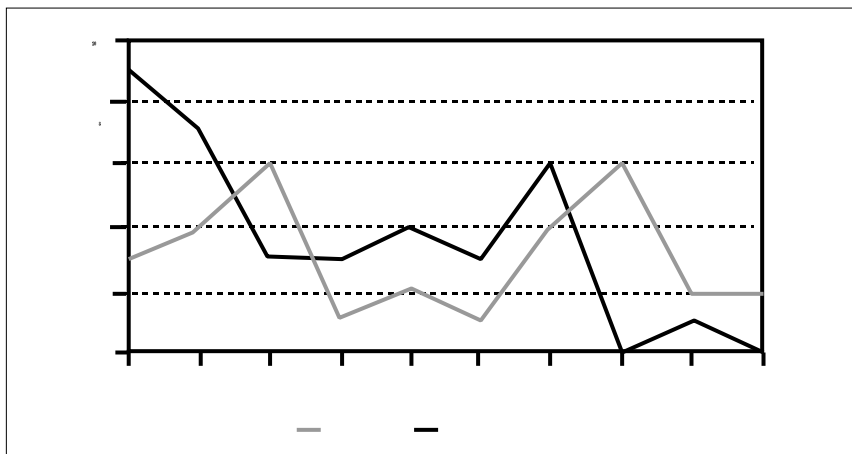


Figura 3. Mortalidad por causa externa 0-4 años. Número de casos. CAPV 1986-1995.

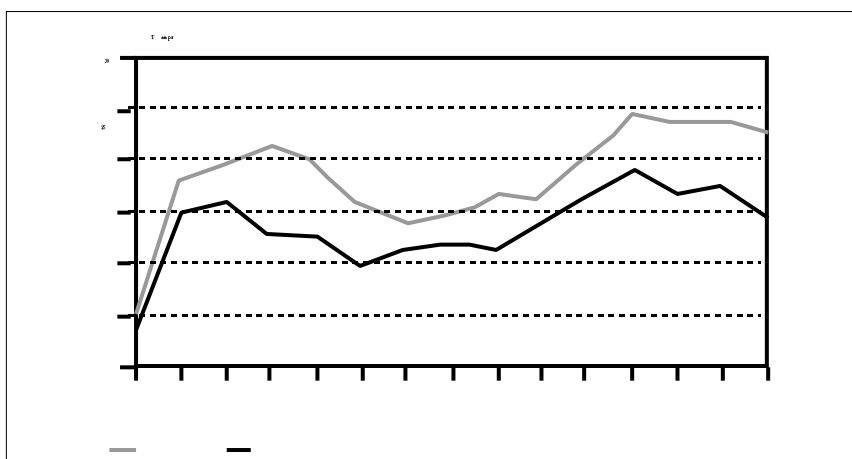


Figura 4. Tasas de accidentalidad por edad y sexo.

TABLA II

	< 1 año	1-4 años
1º	Contusión, magulladura	Herida abierta
2º	Herida abierta	Contusión, magulladura
3º	Quemaduras	Luxación, dislocación
4º	Luxación, dislocación	Fractura

la silla o la cama, o bien desde aparatos de patios de recreo. Los envenenamientos e intoxicaciones se producen por ingestión accidental de medicamentos y productos de limpieza domésticos, y los accidentes que causan asfixia se producen principalmente por aspiración de alimentos y objetos pequeños.

Conclusión acerca de la magnitud del problema

Con toda esta información, estamos en condiciones de definir las principales áreas de accidentalidad en los niños de cero a cuatro años de edad: *tráfico, asfixias, envenenamientos, caídas, quemaduras*.

Podemos afirmar que los accidentes

más graves son los de tráfico y las asfixias.

También se puede afirmar que los accidentes que demandan más asistencia y generan más consumo de recursos sanitarios son las caídas, los golpes, choques y colisiones, los envenenamientos y las quemaduras.

Asimismo, se producen mayoritariamente en el hogar y en los lugares de ocio y recreo.

2. EFICACIA DEL CONSEJO PEDIÁTRICO

Cuando el consejo preventivo tiene lugar dentro del contexto de programas de educación comunitarios, es un factor importante en el descenso de accidentes infantiles⁽⁵⁾. La American Academy of Pediatrics (AAP) cree que la educación para la salud a través del consejo profesional, puede contribuir a la prevención de las lesiones infantiles⁽⁶⁾. Un estudio realizado sobre el programa de prevención de lesiones (The Injury Prevention Program)⁽⁷⁾ considera que el consejo sanitario es un método coste-efectivo de prevenir lesiones infantiles⁽⁶⁾. La AAP recomienda que los pediatras integren consejos de seguridad específicos según la edad, al examinar a los niños sanos⁽⁸⁾. Hay poco coste asociado con este consejo cuando se incluye en la entrevista clínica y por otro lado, reducciones mínimas de la incidencia de lesiones accidentales pueden tener grandes implicaciones sanitarias.

La U.S. Preventive Services Task Force afirma que se debe enfocar el consejo sanitario sobre lesiones específicas, para las cuales el paciente está en mayor riesgo y sobre las medidas preventivas para las que se dispone de evidencia mayor⁽⁹⁾. Existe certeza de que los barrotes de protección de las ventanas pueden reducir las caídas de los niños desde las ventanas. Varios estudios sugieren que los ahogamientos en piscinas

TABLA III

	< 1 año	1-4 años
1º	Hogar (57%)	Hogar (40%)
2º	Vía pública (5%)	Vía pública (13%)
3º	A. recreativas (3%)	A. recreativas (8%)
4º	A. comerciales (1%)	Escuela (6%)
	n = 93	n = 1.704

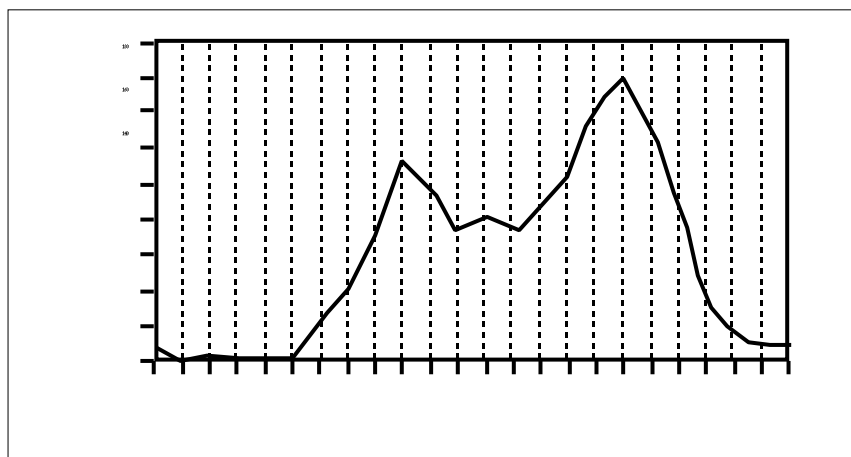


Figura 5. Evolución horaria de la accidentalidad; 0-4 años [Fuente: Estudio de los accidentes recogidos en urgencias hospitalarias, 1990-1991].

pueden ser prevenidos mediante el uso de vallas de 1,40 m con puertas y picaportes. Los detectores de humo suministran el medio más eficaz de prevención de muertes en los incendios de las viviendas. El uso de ropas en niños que retrasan la formación de la llama es eficaz en la reducción de quemaduras en los incendios. El envenenamiento infantil puede ser prevenido colocando los medicamentos en envases resistentes a la manipulación por niños. Algunos estudios han reportado que los niños sin sillita para automóvil tienen 10 veces más riesgo de morir en un accidente de automóvil que si llevaran silla. Estas sillas de seguridad pueden reducir las lesiones graves hasta un 67% y la mortalidad un 71%. También pueden disminuir el riesgo de sufrir lesiones en caso de frenazos bruscos sin accidente⁽⁹⁾.

Algunos estudios sugerían una aso-

ciación entre el consejo sanitario y un mayor conocimiento, cambios de comportamiento y menos peligros en el hogar. En un estudio sobre el consejo a las madres acerca de las caídas infantiles encontraron un descenso en el número de caídas⁽⁸⁾. El Comité para la prevención de lesiones y envenenamientos de la American Academy of Pediatrics (AAP) llevó a cabo una revisión crítica de la literatura sobre el consejo sanitario en la prevención de accidentes pediátricos tomando como base la Atención Primaria, encontrando que 18 de los 20 estudios analizados mostraban un efecto positivo del consejo preventivo, incluyendo descensos en la tasa de lesiones y concluyendo por tanto, que la literatura actual apoyaba esta recomendación⁽¹⁰⁾. Uno de estos estudios analizados fue el programa de prevención de lesiones infantiles de Massachusetts⁽⁵⁾, cuya principal intervención fue

el consejo pediátrico, que encontró un 15,3% de descenso en las tasas de accidentalidad infantil.

La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination en su actualización del año 1990, recomienda el consejo sanitario para reducir los factores de riesgo en el hogar⁽¹¹⁾.

Aunque las medidas preventivas legislativas y pasivas han demostrado mayor efectividad, para algunas lesiones accidentales las estrategias pasivas no están disponibles y el consejo pediátrico es la única posibilidad⁽¹⁰⁾.

3. MARCO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN

Definición de accidente:

Es un desprendimiento súbito de energía que impacta o se intercambia con el organismo humano. También se entiende como la capacidad de respuesta inadecuada del individuo frente a las demandas de un medio determinado⁽¹²⁾ (transporte, trabajo, ocio, etc.).

Desde un enfoque preventivo y epidemiológico, el accidente no es un acontecimiento aleatorio, sino que tiene unos determinantes precisos, se puede estudiar como cualquier problema de salud y puede prevenirse como cualquier otra patología. «Los accidentes no son accidentales» (OMS).

La clasificación de las lesiones accidentales dos grandes grupos: a) no intencionales: tráfico, doméstico, ocio y tiempo libre, ocupacionales-laborales; b) intencionales: suicidio, violencia-homicidio, violación y abusos sexuales.

La visión moderna del accidente no elimina la responsabilidad personal en la ocurrencia del mismo, pero sí asigna mayor peso a otros factores. Haddon⁽¹²⁾ desarrolló un marco conceptual para el análisis de los accidentes de tráfico. Creó una matriz (Fig. 1)

TABLA IV. MATRIZ DE HADDON

		Factores			
F		Huésped: personas	Vectores: vehículos equipamientos	Entorno físico	Entorno socio-económico
A	Precolisión				
S	Colisión				
E	Postcolisión				
S		Daño a personas	Daño a vectores: vehículo/equipamiento	Daño al entorno	Daño a la sociedad
	Resultados				

Fuente: *The National Committee for Injury Prevention and Control. Meeting the Challenge, 1989.*

en la que se combinan unas fases (precolisión, colisión y postcolisión) y unos factores intervinientes (el huésped, el vector, el entorno físico y el entorno socioeconómico) (Tabla IV).

Esta matriz se puede desarrollar para los diferentes episodios accidentales y explicita el valor del enfoque preventivo y epidemiológico del accidente.

Según Haddon, el agente que produce el accidente es el desprendimiento súbito de energía y el mecanismo por el que la energía se transmite es el vector (el automóvil es un vector en el caso de energía física, y el cable o enchufe es un vector de la energía eléctrica). Existe un accidente cuando el impacto de la energía sobre el huésped supera el umbral de lesividad. Las características particulares del sujeto que padece la lesión (edad, sexo, experiencia, resistencia, etc.), influyen en que el accidente ocurra y en el grado de lesividad del mismo. Las lesiones ambientales físicas y socioeconómicas favorecen o dificultan que se sobrepase ese umbral.

El factor humano:

- Los niños de 0-4 años de edad son el grupo diana a riesgo de sufrir accidentes. La intervención sobre ellos no es directa, sino indirecta a través de las personas que están en contacto con ellos.

Estos niños, en la mayoría de los casos, pasan el tiempo en el hogar, en el hogar de familiares, en los sitios abiertos y de esparcimiento, y en la guardería o centro de educación infantil.

El factor vector:

- En el caso del tráfico, el uso correcto de la sillita de niño en todos los desplazamientos, el uso del cinturón de seguridad por parte de todos los ocupantes del automóvil, el uso de los seguros de las puertas traseras.
- En el caso de asfixias y ahogamientos, los frutos secos y otros alimentos pequeños, los objetos pequeños, el tipo y características de los juguetes, las piscinas.
- En el caso de intoxicaciones y envenenamientos, los medicamentos y los productos de limpieza del hogar.
- En el caso de las caídas, el mobiliario del hogar; lo mismo para el hogar de los familiares, la guardería y centro escolar; el diseño y el mobiliario de los jardines, parques públicos y patios de guarderías y centros escolares.
- En el caso de las quemaduras, la temperatura del baño, las fuentes de calor (fuegos, horno, etc.) de la cocina, los utensilios de cocina calientes, los enchufes y cables eléctricos.

El entorno físico:

- En el caso del tráfico, la estación del año, el medio urbano o rural, la arquitectura urbana viaria.
- En el caso de asfixias y ahogamientos, la existencia de comercios de juguetes homologados y con indicación de edad recomendada de uso, el diseño de piscinas y sistemas de protección.
- En el caso de intoxicaciones y envenenamientos, la existencia en comercios de envases de medicamentos y productos de limpieza con cierres de seguridad.
- En el caso de caídas, la arquitectura de vivienda y alrededores, el diseño de parques de recreo y patios de guarderías.
- En el caso de quemaduras, la ropa de niño y de cuna no inflamables, los protectores de enchufes.

El entorno socioeconómico:

- Las creencias, actitudes y conductas de padres. Son el principal grupo que está en contacto con los niños y son los máximos responsables de su seguridad. Normalmente están con sus hijos en el hogar, en el automóvil propio y en los sitios abiertos y de esparcimiento.
- Creencias, actitudes y conductas de otras personas que están en contacto con los niños: a) familiares, sobre todo abuelos que están en el hogar del niño o en el suyo propio, en los sitios abiertos y de esparcimiento. También hay que considerar la presencia de hermanos mayores que cuiden del grupo diana; b) cuidadores particulares que son responsables de los niños un número determinado de horas a la semana. Normalmente están en el hogar o en los sitios abiertos y de esparcimiento; c) educadores de la guardería y del centro de educación infantil.
- Las condiciones sociales de la familia:

los ingresos económicos, la clase social, familia monoparental, madre adolescente, número de personas que viven en el hogar, mudanza de vivienda.

- La existencia de normas y medidas legislativas.
- La existencia de campañas informativas y de comunicación de masas.

4. PROYECTO ZAINBIDE

Desde un enfoque preventivo y epidemiológico, el accidente no es un acontecimiento aleatorio, sino que tiene unos determinantes precisos; se puede estudiar como cualquier problema de salud y puede prevenirse como cualquier otra patología.

Por ello, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco ha elaborado el *Proyecto Zainbide*, de prevención de lesiones accidentales infantiles, con el fin de promover estilos de vida más saludables y prevenir los accidentes entre la población más joven de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La evaluación del proyecto aportará datos acerca de la eficacia de la intervención, lo cual servirá para su difusión posterior en toda la red de atención primaria pediátrica de Osakidetza.

5. OBJETIVO DEL PROYECTO ZAINBIDE

El objetivo del Proyecto Zainbide es el cambio de conducta de los padres hacia pautas de comportamiento más seguras con sus hijos de cero a cuatro años de edad.

6. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO ZAINBIDE

La estrategia principal para conseguir esto es el consejo pediátrico impartido por el equipo de pediatras y ATS, en las visitas

de control del niño sano, junto con el reparto de las guías de seguridad infantil elaboradas al efecto.

Se ha elegido esta estrategia, porque en la CAPV es mayoritario el hecho de que los padres lleven a los niños a las consultas de revisión del niño sano entre las edades de cero a cuatro años. También es masivo (tasas en torno al 90%) el cumplimiento del calendario vacunal infantil, cuyas primovacunaciones y recuerdos vacunales se administran en dichas consultas de revisión.

Dada la necesidad de evaluar la eficacia de la intervención, otro elemento fundamental es la recogida de los episodios accidentales. Para ello, todos los equipos de pediatría que participan en el proyecto Zainbide más la red de pediatras-vigía de la CAPV, recogerán en una ficha preparada al efecto todos los accidentes que vean en su consulta.

Esta información se completará con los datos relativos a lesiones accidentales provenientes de los registros de urgencias y de altas hospitalarias de los hospitales de Osakidetza.

También se interviene sobre los distribuidores y comercializadores de los productos de los que se habla en el consejo. Conjuntamente con los Departamentos de Industria y Comercio se vigilará que los productos a la venta en los comercios sean homologados y lleven las correspondientes normas de seguridad (sillita para niño, juguetes homologados y con edad recomendada de uso, tronas homologadas, protectores de enchufes, productos de limpieza con cierres de seguridad) y que cumplan la normativa de seguridad (juguetes, medicamentos y productos de limpieza).

7. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Entre las estrategias de prevención de las lesiones accidentales infantiles, además

de los cambios normativos y medioambientales, se incluyen las dirigidas a estimular las conductas preventivas de los padres. En este campo, la actuación de los profesionales sanitarios cobra especial importancia por la influencia que éstos tienen sobre el cambio de conducta de los padres.

También se sabe que el consejo pediátrico a los padres acerca de las medidas de prevención frente a los accidentes es eficaz. Los estudios dicen que, al menos, se puede reducir la accidentalidad en un 15%.

Los mensajes preventivos que se van a impartir son consecuencia de los datos epidemiológicos presentados anteriormente. En relación a los *accidentes de tráfico*, el consejo básico y casi único es el uso correcto de la sillita de niño para el automóvil, ya que puede reducir las lesiones graves de tráfico hasta en un 67%, y la mortalidad en un 71%.

En relación a la *asfixia*, se insiste en no dar a los niños frutos secos y evitar que se lleven a la boca objetos pequeños. El peligro de *caídas* en los niños varía según la edad de éstos. En los lactantes hasta los seis/nueve meses se insta para que no los dejen solos sobre superficies altas. En edades más avanzadas el mensaje se centra en el uso de tronas homologadas y en evitar el uso de taca-tacas o andadores, por el peligro comprobado de caídas que suponen.

En el caso de las *intoxicaciones y envenenamientos*, el mensaje es uno y claro: almacenar las medicinas y los productos de limpieza del hogar fuera del alcance de los niños.

Al igual que en el caso de las caídas, el consejo con el apartado de las *quemaduras* varía según la edad del niño. En los primeros meses de vida se debe tener cuidado con la temperatura del agua del baño y comprobarla antes de meter al niño en ella. Cuando el niño va ganando en autonomía, la cocina es el lugar de la casa donde más se accidenta. Evitar cocinar con el niño (o niños) en la

cocina es el mensaje más nítido. Junto a ello, cocinar con los fuegos interiores y con los mangos de las cazuelas hacia dentro son los mensajes sencillos, pero eficaces, que van a evitar muchas quemaduras.

8. PROCESO DE CAMBIO

En relación al consejo preventivo, no todos los padres se encuentran en la misma disposición para acoger el mensaje del profesional de pediatría. La investigación realizada sobre las teorías de la conducta nos demuestra que las personas pasan por una serie de etapas antes de adoptar conductas preventivas o abandonar conductas que son perniciosas para la salud. La aplicación de las técnicas para diagnosticar el momento y la disposición al cambio de conducta de las personas ya se ha realizado con diversas patologías y hábitos no sanos, como el hábito tabáquico, la falta de ejercicio físico o la alimentación desequilibrada.

La aplicación de estas técnicas al consejo pediátrico tiene su importancia, ya que, dependiendo de la actitud en la que se encuentre la persona (el padre/madre en nuestro caso) tendrá percepciones diferentes en relación a la posibilidad de que le ocurra un accidente a su hijo, de su posible gravedad y de la eficacia de las medidas preventivas.

No sólo lo anterior, sino que también la receptividad al consejo preventivo es diferente, siendo contraproducente insistir en conductas concretas cuando la persona no está en la etapa adecuada para escuchar y acoger un mensaje.

Esto lleva a la necesidad de conocer esa receptividad en la que se encuentra cada padre/madre que acude a la consulta de revisión del niño sano y a adecuar el contenido del consejo preventivo a la etapa del cambio en la que se encuentra dicho padre/madre.

En este sentido, una parte fundamental del trabajo del profesional de pediatría estriba en la escucha atenta de la situación del padre/madre, y en la realización de las preguntas certeras, adecuadas y que no predispongan la respuesta del sujeto.

Si cabe, ésta es la principal novedad que se va a introducir en la forma de trabajo en prevención de los profesionales pediátricos: diagnóstico de conducta de los padres y aplicación de la técnica de consejo.

9. OTROS ANTECEDENTES EN LA GÉNESIS DEL PROYECTO ZAINBIDE

- El interés de los profesionales sanitarios de pediatría de los centros de salud en llevar a cabo actividades centradas en la prevención de accidentes, demostrado por su participación en la revisión y actualización de las guías de seguridad infantil y por su manifestación explícita de querer participar en programas de prevención.
- La participación de más de cien profesionales de pediatría en el curso de prevención de accidentes realizado en abril de 1997. El curso tenía dos objetivos: a) aumentar la comprensión de la importancia que tiene la prevención de las lesiones accidentales infantiles y del papel que juegan los equipos de pediatría, y b) aumentar las destrezas de dichos equipos, para aplicar los principios del cambio de conducta a los padres.
- Dada la importancia de unificar los mensajes preventivos en relación a la prevención de accidentes, un grupo de pediatras y ATS/DUE de la red de Asistencia Primaria de Osakidetza, en coordinación con la Dirección de Salud Pública, ha elaborado el consejo pediátrico a impartir dentro del proyecto Zainbide y estructurado en cinco áreas

(tráfico, asfixia, caídas, intoxicaciones y envenenamientos, quemaduras).

- La necesidad de desarrollar programas de prevención de lesiones accidentales que sean monitorizados y evaluados, con el fin de valorar su efectividad como medida preventiva. En un futuro cercano, las propias autoridades sanitarias van a comprar a los hospitales y a los centros de salud los programas y actividades que hayan demostrado su eficacia.

10. FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PEDIATRÍA

El pilar fundamental del proyecto Zainbide es la formación de los equipos de pediatría que imparten el consejo. Esta formación da los instrumentos y apoyos pertinentes para: 1) identificar la etapa de cambio de cada padre/madre; 2) adecuar el consejo preventivo a la etapa del padre/madre y a la edad del niño; 3) explicar el proyecto Zainbide en los términos aquí descritos, y 4) adiestrar en la cumplimentación del registro de accidentes en consulta.

Entre enero y junio de 1998 se realiza el curso de formación. Más de ciento sesenta pediatras y ATS/DUE que trabajan en equipo en los centros de salud de Atención Primaria reciben una formación centrada en la técnica del consejo y en las habilidades necesarias para influir en el cambio de comportamiento de los padres.

Dicho curso se realiza en grupos pequeños de veinte personas, aplicando técnicas activas y de participación. Tiene una duración de cuarenta y dos horas, y se imparte en tres módulos de dos días cada módulo. Ya desde el primer módulo del curso, los pediatras y ATS aplican la técnica de diagnóstico y de consejo con los padres que acuden a la consulta de revisión del niño sano.

11. EVALUACIÓN DEL PROYECTO ZAINBIDE

La evaluación de resultados del proyecto Zainbide se centra en los siguientes componentes:

- Evaluación del efecto del consejo en los padres (cuestionario antes del inicio de la intervención y después de dos años).
- Evaluación de los resultados de las intervenciones en los equipos de pediatría (cuestionario antes del inicio de la intervención y después de dos años).
- Monitorización de la frecuencia de los accidentes infantiles durante tres años.

12. CALENDARIO

El proyecto Zainbide ha comenzado en enero de 1998 con la impartición del consejo pediátrico y el reparto de las guías de seguridad infantil. La formación de los profesionales de pediatría se realiza en el primer semestre de 1998.

El registro de accidentes en consulta se ha iniciado en enero de 1998 y finalizará en enero del 2001. Los cuestionarios de evaluación a los profesionales participantes y a los padres de sus respectivos cupos se administran en enero de 1998 y en enero del 2000.

CONCLUSIÓN

La única arma efectiva a disposición de

la comunidad para proteger a los más pequeños es la prevención. Cada padre y madre deben ser conscientes de la existencia de peligros de accidentes con sus hijos. La mayoría de los accidentes no se producen por azar y, por tanto, son evitables. Adquiriendo conocimientos sobre los diferentes tipos de accidentes que pueden afectar a los niños en sus diferentes edades y etapas de desarrollo, se podrá ayudar a prevenir muchos de ellos y a disminuir sus consecuencias.

También es responsabilidad de los padres la transformación del ambiente en el que se encuentran los niños, eliminando de su alcance todo aquello que pueda suponer un peligro. Así se conseguirá un entorno más seguro. De todas maneras, esto no quiere decir que el niño deba vivir en una urna de cristal, pero tampoco todo lo contrario. Necesita libertad, pero no se le puede dejar totalmente libre, porque podría correr muchos peligros. Necesita cuidados y atenciones, pero un exceso de éstos puede ahogar su autonomía. Necesita continuidad en la presencia de los adultos que se ocupan de él, pero también conocer y convivir con gente nueva. La situación ideal es aquella en la que se da un equilibrio entre sus experiencias y el control de los adultos, entre la presencia constante de los padres y los nuevos estímulos externos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Plan de Salud, Osasuna Zaindu*. Ed. Servicio

- Central de Publicaciones. Vitoria-Gasteiz, 1994.
2. *Informe de Salud Pública 1995*. Ed. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1996.
3. Commission of the Europe Union. *Home and Leisure Accidents. Summary Report 1999-92*. <http://europa.eu.int/en/comm/dg24/eh-las/web90-92>.
4. *Estudio sobre la accidentalidad a través de los servicios de urgencia de los Hospitales de Vitoria 1991-1992*. Dirección de Salud Pública. Dpto. de Sanidad. Gobierno Vasco (Datos no publicados).
5. Bass JL, Mehta KA, Ostrovsky M. Childhood injury prevention in a suburban Massachusetts population. *Public Health Rep* 1991; **106**(4): 437-442.
6. Miller TR, Galbraith M. Injury prevention counseling by pediatricians: a benefit-cost comparison. *Pediatrics* 1995; **96** (1): 1-4.
7. Hobbie C. The injury prevention program (TIPP). *J Ped Health Care* 1991; **5** (5): 279-280.
8. Consejo para prevenir las lesiones domésticas y ambientales. En: *Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración en la efectividad de 169 intervenciones*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1992.
9. Counseling to prevent motor vehicle injuries. En: *Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force*, 2ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; 645-646.
10. Bass JL, Christoffel KK, Widome M y cols. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1993; **92** (4): 544-550.
11. Periodic health examination, 1990 update: 4 Well-baby care in the first 2 years of life. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc* 1990; **143** (9): 867-872.
12. The National Committee for Injury Prevention and Control. *Meeting the Challenge*. Oxford University Press. *American Journal of Preventive Medicine* 1989; vol 5, nº 3.