

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



**LINEAMIENTOS PARA LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE  
ACCIDENTES EN EL HOGAR EN EL MENOR DE 10 AÑOS.**

**2015**



## **Contenido**

1. Introducción	3
2. Marco Legal Institucional	4
3. Diagnóstico Situacional	5
4. Organización del Programa	7
5. Estrategia de Implementación Operativa	11
6. Evaluación	17
7. Anexos	19
8. Bibliografía	25

## **1.- INTRODUCCIÓN**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los accidentes son la causa más frecuente de muerte en niños y adolescentes en todo el mundo, ocasionando más de 875,000 muertes al año en menores de 18 años de edad. Decenas de millones más requieren cuidados hospitalarios por lesiones no fatales, y muchos de ellos quedan con secuelas permanentes que repercuten en la pérdida de productividad social en la etapa adulta, y un incremento en el costo de vida familiar.

Hoy sabemos que los accidentes son el resultado de un conjunto de factores que confluyen en una situación de riesgo (desinformación, imprevisión o negligencia) y son considerados un problema de salud pública susceptible de prevención.

Por ello, surge la necesidad de implementar estrategias para disminuir las muertes por accidentes, tales como protocolos de investigación, sistemas de información, introducción de medidas específicas de prevención, cambios en el entorno local, legislación, educación pública, mejoras en la atención de emergencias, y evaluación de proyectos, que deberán aplicarse en todos los países en los que las lesiones no intencionales se identifiquen como un problema de salud.

En México, se ha diseñado un programa que contribuya a disminuir la morbimortalidad por accidentes en el hogar en menores de 10 años mediante estrategias intersectoriales encaminadas a la promoción, prevención y educación de la población lideradas por el Sistema Nacional de Salud.

Los presentes lineamientos tienen como objetivo, establecer las líneas de acción necesarias para implementar un programa de prevención de accidentes en el hogar en los menores de 10 años a fin de contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta causa, a través de mensajes preventivos dirigidos a toda la población y la información al cuidador del menor así como la capacitación al personal de salud.

## **2. MARCO LEGAL INSTITUCIONAL**

La Estrategia para la Prevención de Accidentes en el Hogar en el menor de 10 años, del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA) colabora en el cumplimiento de la obligación del Estado de proteger la salud de la población a través de la prevención y control de los accidentes, así como a los planes y programas nacionales de salud, como se mencionará a continuación.

### **2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y Ley General de Salud.**

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, de acuerdo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esto se establece por medio de la Ley General de Salud, la cual en su artículo 27 menciona que para hacer efectivo el **cumplimiento al derecho de la protección a la salud**, se consideran como servicios básicos los siguientes:

- I. **Educación para la salud**, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;
- II. Prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no trasmisibles y de los **accidentes**;
- III. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

## **2.2 Plan Nacional de Desarrollo (PND)-Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018**

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales:

México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género.

Dichos Objetivos son los siguientes:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Dentro de los objetivos uno, tres, cuatro, cinco y seis se encuentran desarrolladas las acciones planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia.

## **2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.**

La NOM-031-SSA2-1999 se encuentra encaminada a realizar acciones de prevención que permitan disminuir la incidencia y complicaciones de las enfermedades más frecuentes en la infancia.

## **2.4 Norma técnica no. 54, 1986, Para la prevención, atención y control de daños a la salud en caso de accidente en la atención primaria a la salud.**

Su objetivo es unificar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud y de la comunidad, en relación con las medidas preventivas, de atención y control de daños a la salud, en casos de accidente. Se publicó el 20 de agosto de 1986 en el D.O.F. y aun es vigente. Esta norma se deriva de los artículos 3º, 5º, 6º, 7º, 13, 14, 27, 32, 58, 129, 131, 133, 162, 163, 164, 165 y 166, de la Ley General de Salud y del artículo 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Es de observancia general en todas las unidades de salud del sector público, social y privado, así como para la comunidad en general y aquellas personas y organizaciones que proporcionen atención pre-hospitalaria.

## **3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

La OMS, define se define a una lesión como “el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno” .La energía en cuestión puede ser mecánica, térmica, química o radiada.

El término “accidente” hace referencia a un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente, resultado de una lesión no intencional y que se manifiesta por la aparición de daño orgánico o mental.

El capítulo IV del artículo 162 de la Ley General de Salud define accidente como el hecho súbito que ocasiona daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Los “accidentes” usualmente se entienden como eventos fortuitos e inevitables, pero la mayoría de estos son predecibles y por tanto, prevenibles. La recomendación internacional es evitar el uso del término en cuestión, y usar en cambio el término "lesiones", buscando así mejorar el entendimiento de que son eventos prevenibles, y tal conciencia, aunada a los esfuerzos de implementar estrategias de prevención, ayudará a reducir la incidencia y la severidad de las lesiones. En México aún no se ha promovido el uso correcto de este término, por lo que para fines de este documento, se utilizará la palabra "accidentes."

Después de la etapa del recién nacido y de lactante, las niñas y niños de 1 a 4 años son los más susceptibles a cambios desfavorables del medio ambiente. Se plantea que, cuando las tasas de mortalidad infantil en niños menores de 1 año de un país son muy bajas, la mortalidad de los niños de 1 a 4 años es un mejor indicador del nivel de desarrollo alcanzado por el país y de la relación medio ambiente y salud.

Un estudio realizado en el Reino Unido señaló que más de la mitad de niños que nacen resultarán heridos en un accidente en algún momento de su vida y que uno de cada 50 morirá en un accidente de tránsito.

La mortalidad es una medida muy burda para apreciar la magnitud del problema que representa los accidentes. La tasa de mortalidad revela solamente una pequeña fracción de los accidentes que sufren los niños.

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la mortalidad como "la parte visible de un iceberg", ya que por cada muerte deben contabilizarse aproximadamente 40 personas internadas y 1000 que requirieron atención médica por lesiones no intencionales.

Estas lesiones representan una causa muy importante de hospitalización infantil y se sitúan en los primeros lugares como causa de atención en urgencias hospitalarias, y de referencia de los centros de atención primaria a los hospitales. Los servicios de terapia pediátrica cuentan entre sus pacientes más graves y más complejos a los lesionados.

No es fácil calcular la incidencia real de accidentes en la población infantil: los expertos del tema, afirman que se da un caso mortal por cada 100 accidentes y 4 inválidos permanentes; el 25% de los pacientes internados por lesiones no intencionales presenta secuelas en el momento del alta y se informa en otros países que cerca de una tercera parte de los niños y jóvenes que sufren accidentes importantes presentan secuelas psicológicas del tipo de síndrome de estrés postraumático.

Los accidentes en el hogar, según la OMS, son aquellos acontecimientos inesperados que ocurren dentro de la vivienda o en los alrededores de ella (patios, jardines, cochera o garaje, azoteas, etc.), y constituyen la tercera parte del total de los accidentes que reportan como productores de lesiones y muertes. Algunos estudios demuestran que la cifra de lesionados es 5 veces más alta que la de los accidentes ocasionados por el tránsito.

Los accidentes domésticos afectan con más frecuencia a sectores específicos de la población: niños, mujeres y ancianos. Dentro de los accidentes en el hogar, las caídas son las causas de lesión más frecuentes. Las quemaduras son también accidentes muy frecuentes en los niños y afectan principalmente a los menores de 4 años.

### **3.1 Factores de riesgo**

- **Edad y etapas del desarrollo.** Después del primer año de vida, en el grupo de 5 a 14 años, las muertes por lesiones no intencionales constituyen en promedio más de una cuarta parte (27%) de todas las muertes en el mundo. Este porcentaje se va elevando conforme aumenta la edad y el tipo de lesión se relaciona con la etapa del desarrollo en la que se encuentre el menor. Toma tiempo desarrollar la habilidad para identificar situaciones de riesgo, y en niños muy pequeños, la ausencia de esta habilidad incrementa aún más el riesgo de lesión. Conforme crecen y se desarrollan los niños, sus habilidades físicas y cognitivas, el grado de dependencia, las actividades en que se involucran y sus comportamientos de riesgo cambian sustancialmente. Existe una curiosidad natural de explorar el ambiente, deseo de desafiar nuevas reglas o aprobación así como aceptación de los compañeros de grupo.

Las etapas y características cognoscitivas en general son:

- Infancia: (Etapa sensorio motora): Explora el ambiente a través de los sentidos del gusto y el tacto.
- Preescolar: (permanencia de objetos): Busca activamente los objetos que le son atractivos. No puede comprender el daño a otros y a él mismo, no puede colocarse en el lugar de otros (pensamiento mágico y egocéntrico).
- Edad escolar: (procesos cognoscitivos transaccionales): Incapaz de comprender relaciones de causa- efecto, intenta actos peligrosos sin prever consecuencias.

Las edades del padre y la madre también se relacionan con accidentes; los padres más jóvenes tienen más riesgo de que sus hijos sufran determinados tipos de lesiones.

- **Género.** Las lesiones y muertes por lesiones se asocian fuertemente con el género. Antes de los 15 años de edad, las muertes entre el género masculino son 25% más altas en promedio que entre el femenino, excepto en las lesiones por quemaduras en la que predominan las niñas lesionadas. En la mayoría de los países, esta brecha se va incrementando conforme aumenta la edad y también hay una diferencia importante entre los países de bajo y medio desarrollo en los que la tasa de mortalidad por lesiones en hombres es 20% que en mujeres a diferencia de los países de alto desarrollo en que esta diferencia va hasta 50% en los menores de 15 años. Muchos factores influyen en estas diferencias tales como la exposición a situaciones de riesgo, características de conducta y socialización.
- **Nivel socioeconómico:** A nivel mundial, se ha identificado a la pobreza como un importante factor de riesgo asociado a accidentes y violencia en niños. En países de ingresos bajos o medios, las niñas y niños están expuestos a trabajo infantil o condiciones de vivienda riesgosas.
- **Ausencia de factores protectores y la naturaleza del medio ambiente local:** la infraestructura básica de caminos peatonales separados de los vehículos, zonas de cruce seguras, naturaleza y tipo de vivienda, el tipo número y calidad de los vehículos, requisitos legales para manejar y el grado de obligatoriedad de la legislación vigente, son factores que determinan el grado de riesgo que enfrentan los niños y niñas todos los días.  
La calidad de los servicios de emergencia así como el nivel, efectividad y asequibilidad de los cuidados del paciente con trauma y la disponibilidad y calidad de los servicios de rehabilitación, influyen también en la supervivencia y recuperación de cualquier alteración asociada con la lesión.
- **Temperamento.** Niños con perfil de temperamento difícil, especialmente persistencia, actividad alta y reacciones negativas a situaciones nuevas.
- **Estrés.** Predispone el riesgo de tomar conductas autodestructivas.
- **Uso de drogas y alcohol.** Asociado con el aumento en accidentes de vehículos de motor, ahogamiento, homicidios y suicidios.

- **Historial previo de accidentes.** Se asocia con mayor probabilidad de tener otro accidente, especialmente si el primero requirió hospitalización.
- 
- **El abandono o descuido por parte de los padres o tutores.** Los roles afectados son los que están relacionados con la producción y reproducción biológica y social de la familia, como el de ser la encargada del cuidado de los niños. La socialización y la atención afectiva de los hijos se modifican. En este sentido, el grupo más afectado es el de los niños y, en especial, el de los menores de cinco años, debido a la insuficiencia de apoyos o sustitutos de los cuidados maternos (guarderías, redes para el cuidado del niño y condiciones deficientes de seguridad en la vivienda, entre otros factores que generan situaciones propicias para la ocurrencia de lesiones.
- Otros factores que incrementan el riesgo de accidentes son: madre o padre solteros, bajo nivel de escolaridad, madre muy joven al dar a luz, familias numerosas y abuso de alcohol o drogas por parte de los padres.

### 3.2 Impacto social y económico

La prevención de los accidentes se describe en tres tipos:

1. Primaria: cuando la medida evita la lesión.
2. Secundaria: cuando disminuye la gravedad de la lesión.
3. Terciaria: cuando se reducen las consecuencias una vez que se ha sufrido la lesión.

El costo de los accidentes es elevado, por la magnitud del problema, afecta a todo el sistema social y repercute en su propia organización y proyección a futuro. El tratamiento de los lesionados (accidentados) representa un gasto económico importante, e incluye días de hospitalización, uso de los servicios de salud, atención de las lesiones y secuelas, e invalidez permanente. Este desembolso económico excede a los 80 billones de dólares anualmente, por el uso de servicios de salud pública de un país (hospitalizaciones, atención ambulatoria, rehabilitación) y por el daño a la economía de las familias que los padecen.

Los costos materiales incluyen gastos directos e indirectos que se reflejan en el indicador “Años de Vida Ajustados por Discapacidad” (AVAD), o DALY’s por sus siglas en inglés, (Disability Adjusted Life Years). Hablando en AVAD, en los países industrializados, los accidentes o lesiones en niños y niñas representan el 30% del total de la carga de las enfermedades.

Por otro lado se ha demostrado que la consejería en prevención de accidentes por los pediatras puede ahorrar mucho dinero, por ejemplo la consejería a los padres o responsables de los menores de 4 años de acuerdo a la Academia Americana de Pediatría cuesta 10 dólares y ahorra 86 dólares.

Derivado de lo anterior, surge la imperiosa necesidad de colaborar con las políticas de salud pública que actualmente existen en México, haciendo énfasis en las acciones dirigidas a la prevención de accidentes en el hogar en las y los menores de 10 años.

### **3.3 Experiencias de otros países en reducción de la mortalidad por accidentes.**

La OMS en su plan de acción específico 2006-2015 incluye estrategias efectivas para prevenir accidentes, tales como: legislación (leyes en seguridad vial), modificación de productos (tapas de seguridad), modificación de la infraestructura (calles), visitas domiciliarias, programas educativos y de desarrollo de habilidades (clases de natación), y estudios comunitarios. Algunas de estas estrategias que se han implementado en países desarrollados desde hace varias décadas ya han dado buenos resultados.

A partir de la implementación del programa educativo “Children can’t fly” en 1972 en la ciudad de Nueva York y de la introducción en 1976 en su código de salud de la obligación de los propietarios de viviendas donde habitaran menores de 10 años de poner protecciones en todas las ventanas, se observó una reducción del 50 hasta el 90% en las muertes por caídas desde la ventana en niños.

En un estudio realizado en Estados Unidos, se observó que entre 1964 y 1992 las muertes por envenenamiento en niños menores de 5 años se redujeron a casi la mitad como resultado de la introducción a partir de 1974 de medidas diseñadas para limitar el acceso de los niños pequeños a medicamentos, como la elaboración de tapas de seguridad por los laboratorios farmacéuticos, y la disminución en las dosis prescritas.

En México, en un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León de 2001 a 2002 se observó que las prácticas de seguridad de los padres para con sus hijos mejoraron tras llevar a cabo intervenciones educativas breves centradas en dichas prácticas, y de acuerdo al nivel socioeconómico de las familias.

En países desarrollados las muertes por accidentes de tránsito en niños han disminuido con medidas de reducción de velocidad, así como el uso de asientos (porta-infante y elevado) con cinturón de seguridad, y el uso de casco para ciclistas.

### **3.4 Clasificación de lesiones por causa externa**

Una lesión se define como un daño corporal a nivel orgánico, resultado de una exposición aguda a una energía (mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante), en cantidades que exceden los límites fisiológicos. En algunos casos (por ejemplo, ahogamiento, estrangulación, congelamiento), la lesión resulta de la falta de un elemento vital.

La clasificación de las lesiones se basa en el criterio establecido por la OMS a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE 10ª Rev.). Esta guía permite a las instituciones de salud codificar los daños a la salud, tanto de mortalidad como de morbilidad, sufridos por la población. Para las lesiones que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infringidas utiliza los códigos Y10-Y34 y para clasificar la causa externa de la lesión, los códigos B01-Y89. Una de las ventajas de la CIE 10ª Rev. es que permite establecer el medio o instrumento mediante el cual fue producido el daño (arma de fuego, arma blanca, veneno) y codificar la naturaleza de la lesión.

Las causas externas de mortalidad, en los cubos dinámicos de la DGIS se clasifican en lesiones intencionales, lesiones no intencionales y eventos de intención no determinada. Lo que llamamos “accidentes” se clasifica dentro de las lesiones no intencionales. (Ver anexo 6.5.)

### 3.5 Capacitación en reanimación cardiopulmonar neonatal y pediátrica

A nivel nacional, el paro cardiorrespiratorio es más frecuente en niños menores de 5 años que en adultos. La mayoría de los casos son consecuencia del deterioro progresivo, respiratorio o circulatorio, secundario a enfermedades o accidentes.

Por lo anterior es muy importante que en nuestro país exista personal altamente calificado en la atención del niño gravemente enfermo y sepa realizar los procedimientos inmediatos ante cualquier complicación; para esto es necesario el establecimiento de un sistema de educación de réplica piramidal, que permita disponer de un gran número de instructores de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, en el menor tiempo posible, para incidir en estas causas de mortalidad infantil en México.

Sin embargo, derivado del diagnóstico situacional, realizado en 2009 en este Centro, se identificó que solamente el 0.98% del personal de salud de primer contacto, en los municipios con menor índice de desarrollo humano (MIDH), cuentan con certificación en Reanimación Neonatal y tan solo el 1.14% cuenta con certificación en Reanimación Pediátrica, por lo que en México se hace imperativo, extender la capacitación en la materia a poblaciones objetivo.

### 3.6 Panorama epidemiológico en México

#### 3.6.1 Morbilidad

Existen varias fuentes de información oficial para obtener datos de morbilidad:

- El Sistema Nacional de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud (**DGIS**): <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>. Incluye información sobre defunciones y muertes fetales, egresos hospitalarios de la secretaria de salud y del resto del sector salud, servicios, entre otras.
- Para egresos hospitalarios empleamos el **SAEH** (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios) de la DGIS que ahora también está disponible en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS): <http://www.sinais.salud.gob.mx/egresoshospitalarios/basesdedatoseh.html>
- Para prevalencia también se emplea el **SUAVE** (Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica): <http://www.sinave.gob.mx>
- El **SUIVE** (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica) también permite recolectar información de prevalencia/incidencia de casos: <http://www.sinave.gob.mx>.

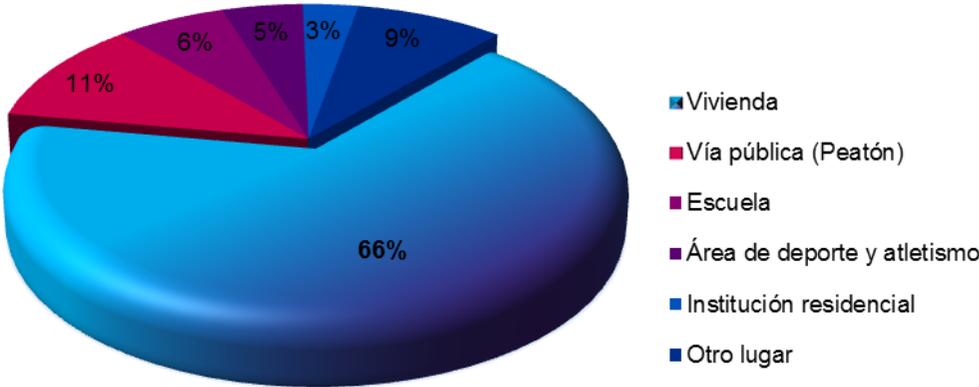
Actualmente en el rubro de Egresos Hospitalarios de la Secretaria de Salud de la DGIS existe una plataforma de lesiones 2010 y 2011 que se actualiza diariamente y permite tener datos preliminares sobre agente de la lesión, intencionalidad, sitio de ocurrencia, sexo y edad del paciente, si recibió atención prehospitalaria, lugar de atención etc., por entidad de atención.

Se realizó un análisis de esta plataforma para conocer la incidencia de lesiones en menores de 10 años. Se seleccionaron las siguientes variables:

- Edad quinquenal: menor de 1 año, 1 a 4 años y 5 a 9 años.
- Sexo: femenino y masculino.
- Agente de la lesión: fuego, flama, sustancia caliente, vapor, intoxicación por drogas o medicamentos, pie o mano, caída, objeto contundente, objeto punzocortante, golpe contra piso o pared, cuerpo extraño, explosión, asfixia o sofocación, múltiples agentes, proyectil arma de fuego, ahorcamiento, sustancias químicas, corriente eléctrica, herramienta o maquinaria, ahogamiento por sumersión, piquete o mordedura de animal, intoxicación por plantas u hongos venenosos y se ignora.
- Intencionalidad: accidental.
- Sitio de ocurrencia: vivienda

Se encontró que en México durante el año 2011 un total de 87,370 niños menores de 10 años de edad sufrieron lesiones, de las cuales el mayor número se debió por accidentes ocurridos en la vivienda (57,979), lo que representa el 66.4% del total de lesiones por sitio de ocurrencia, siendo el grupo del sexo masculino el más afectado, ya que en este periodo se reportaron un total de 34,471 lesiones. (Ver Gráfica 1).

**Gráfica 1. Porcentaje de lesiones en niños menores de 10 años de edad, según sitio de ocurrencia, México 2011<sup>p/</sup>**



p/ Cifras preliminares hasta que se libere la base de defunciones de INEGI  
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/SS. Base de datos de Egresos Hospitalarios. Lesiones 2010 y 2012 .Plataforma,[en línea]. [México]: Secretaría de Salud. En: <<http://pda.salud.gob.mx/cubos/>> [Consulta: 14 de junio de 2012].

Respecto a las lesiones por intencionalidad en 2011, se observa que los accidentes son la principal causa de lesiones en niños menores de 1 año, siendo los hombres de este grupo etario los que presentan un mayor porcentaje (53.4%) de lesiones por esta causa, seguido de lesiones no especificadas (0.9%) y en tercer lugar por violencia familiar (0.7%). (Ver Tabla 1.). Los varones de 1 a 4 años de edad y de 5 a 9 años también presentan un mayor porcentaje de lesiones causadas por accidentes tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Porcentaje de lesiones intencionales por, sexo y grupos de edad, México 2011**

Causa	Sexo				Sexo				Sexo			
	Femenino (%)	Masculino (%)	No especificado (%)		Femenino (%)	Masculino (%)	No especificado (%)		Femenino (%)	Masculino (%)	No especificado (%)	
	<b>ACCIDENTAL</b>	1,412 (42.8)	1,761 (53.4)		5(0.27)	3,178 (96.3)	16,201 (39.6)		24,015 (58.7)	7 (0.2)	40,223 (98.3)	
<b>VIOLENCIA NO FAMILIAR</b>	4 (0.1)	7 (0.2)		5 (0.2)	42 (0.10)	64 (0.16)		106(0.3)	108 (0.25)	236 (0.55)	1(0.00)	345 (0.8)
<b>VIOLENCIA FAMILIAR</b>	34 (1.0)	22 (0.7)		11 (0.3)	139 (0.34)	89(0.22)		228(0.6)	254(0.59)	224 (0.52)		478 (1.1)
<b>AUTOINFLIGIDO</b>	1 (0.03)	4 (0.1)	1 (0.05)	49 (1.5)	17 (0.4)	21 (0.5)		38 (0.1)	132(0.31)	33 (0.08)	2 (0.00)	309 (0.7)
<b>SE IGNORA</b>	18 (0.5)	30 (0.9)		56 (1.7)	140(0.34)	171(0.42)		311(0.8)	18 (0.04)	175 (0.41)		51 (0.1)

### 3.6.2. Mortalidad

En 2001 UNICEF publicó una tabla de muertes anuales de menores de 1 a 14 años de edad por lesiones intencionales y no intencionales en los 29 países pertenecientes a la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OECD por sus siglas en inglés), los cuales producen 2 terceras partes de los bienes y servicios en el mundo. En esta publicación se reporta que entre 1971 y 1975 México tuvo un promedio anual de muertes de 29.3 por 100,000 menores de 1 a 14 años; 20 años después se reportó un promedio de 19.8 por 100,000; si bien disminuyó importantemente aun nos colocaba como el penúltimo lugar de la tabla (los primeros lugares los ocupaban Suiza, Reino Unido, Italia y los países bajos con una tasa por debajo de 7 por 100,000).

En los años 2010 y 2011, se observó que las tres principales causas de mortalidad en los niños menores de 10 años de edad, fueron: en primer lugar ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con una tasa de mortalidad de 71.5 para el 2011, seguido de anomalías congénitas con una tasa de mortalidad de 40.7 y accidentes con una tasa de mortalidad de 14.2 por 100 mil habitantes menores de 10 años. (Ver tabla 2).

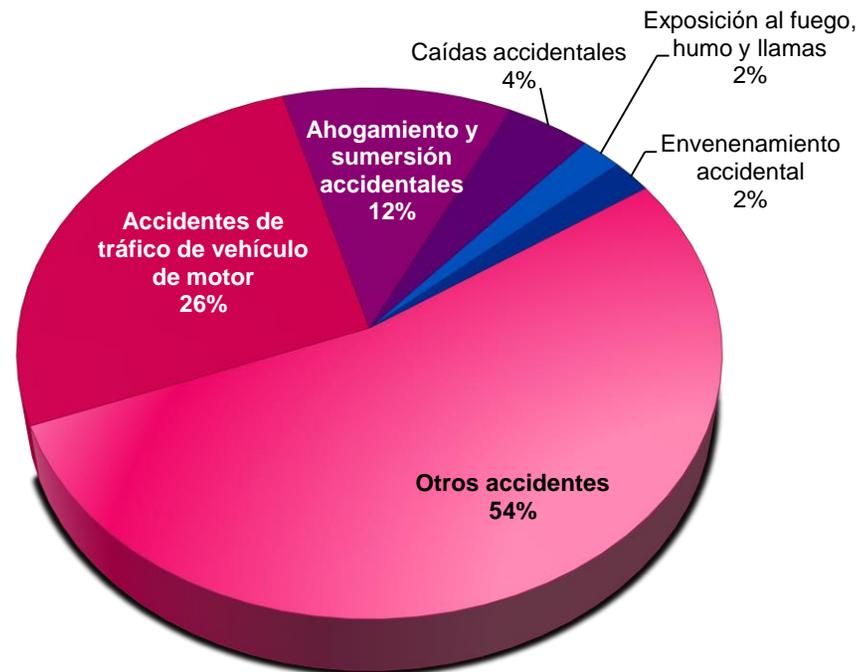
**Tabla 2. Diez principales causas de mortalidad en niños menores de 10 años, México 2010 y 2011**

	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14,376	73.1	13,760	71.5
Anomalías congénitas	7,560	38.5	7,841	40.7
Accidentes	2,839	14.4	2,732	14.2
Infecciones respiratorias	2,443	12.4	2,544	13.2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,323	11.8	2,275	11.8
Tumores malignos	1,080	5.5	1,113	5.8
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	868	4.4	767	4.0
Enfermedades respiratorias	1,140	5.8	711	3.7
Enfermedades digestivas	777	4.0	648	3.4
Causas mal definidas	780	4.0	626	3.3

1/ Tasa observada por 100,000 menores de cinco años  
p/ Cifras preliminares hasta que se libere la base de defunciones de INEGI  
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/SS. Base de datos de defunciones generales 1979-2010 INEGI/SS; 2011- SEED (preliminar); Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO. [en línea]. [México]: Secretaría de Salud. En: <<http://pda.salud.gob.mx/cubos/>> [Consulta: 14 de junio de 2012].

En total durante 2011, en México se presentaron de 2,732 defunciones por accidentes en este grupo poblacional, 12% de las cuales se originó por ahogamiento y sumersión accidental, 4% por caídas accidentales, 2 % por envenenamiento y 54% debidas a otros accidentes. (Ver Gráfica 2)

**Gráfica 2. Pocentaje de la mortalidad en niños menores de 10 años por accidentes, México 2011 <sup>p/</sup>**



p/ Cifras preliminares hasta que se libere la base de defunciones de INEGI

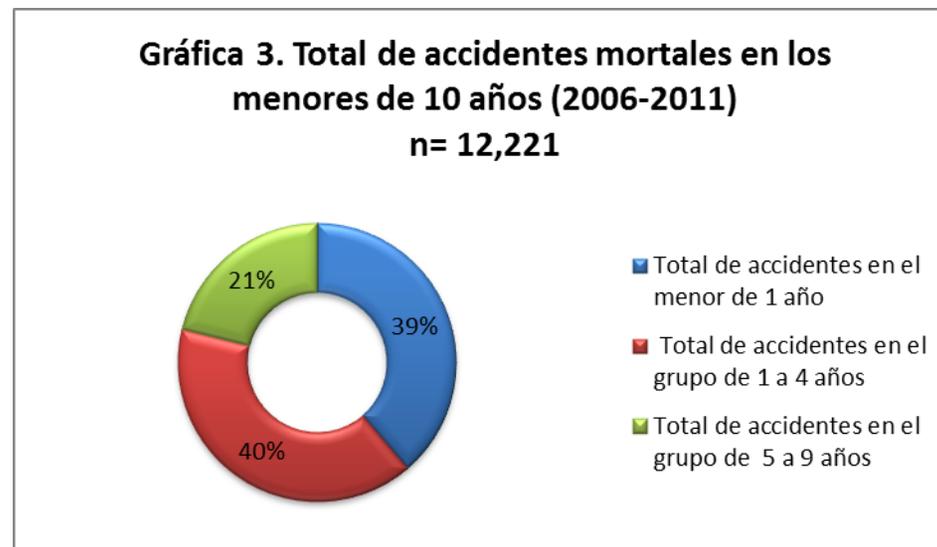
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/SS. Base de datos de defunciones generales 1979-2010 INEGI/SS; 2011- SEED (preliminar); Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO. [en

A pesar de que se observó una disminución de la tasa de mortalidad de 2010 a 2011 en menores de 10 años, los accidentes continúan siendo una de las principales causas de mortalidad en este grupo etario, por lo cual es fundamental implementar medidas de prevención encaminadas a educar y sensibilizar tanto al cuidador del niño(a) menor de 10 años como al propio niño(a), acerca de la importancia de disminuir los riesgos en el hogar y así evitar los accidentes. Así como de reforzar los programas preventivos existentes en nuestro país.

En otro ejercicio más completo se analizaron las muertes por lesiones no intencionales en menores de 10 años, excluyendo los accidentes de vehículo de motor, en el periodo de enero 2006 a agosto 2011. Se eligieron las 5 principales causas de la lista GBD 165 siendo estas:

- 02. Envenenamiento accidental
- 03. Caídas accidentales
- 04. Exposición al fuego, humo y llamas
- 05. Ahogamiento y sumersión accidentales
- 06. Otros accidentes

En el período estudiado, se registraron 12,221 muertes por lesiones no intencionales en menores de 10 años, como se muestra en la gráfica 3, lo que representó en promedio la muerte de 6 niños por día.



Fuente: Defunciones: DGIS 1979-2009 INEGI/SS , actualizado al 15 de febrero de 2011. SEED 2010 actualizado al 29 de abril de 2011 y SEED 2011 actualizado al 5 de julio de 2011.

Al desglosar las principales causas de lesiones por grupos de edad en este mismo periodo, encontramos que en los menores de 1 año la gran mayoría (96%) están clasificados en el grupo de “otros accidentes”, la segunda causa fue ahogamiento y la tercera, sumersión accidentales. Gráfica 4.



En el grupo de 1 a 4 años, al igual que en el grupo anterior, la mayor parte de los tipos de accidentes mortales se clasificaron en “otros accidentes” en 58%, ahogamiento y sumersión en 35% y exposición al fuego, humo y llamas en el 7%. Gráfica 5.



Finalmente, en el grupo de 5 a 9 años se repite “otros accidentes” como la principal causa de lesiones mortales, seguida de ahogamiento y sumersión accidentales, en 3er lugar las caídas accidentales, en 4º lugar está la exposición al fuego, humo y llamas y en 5º lugar el envenenamiento accidental. Gráfica 6.



Debido a que esta clasificación es muy poco específica para conocer la causa exacta de las muertes debidas a lesiones, actualmente la información más útil para elaborar estrategias de prevención de las mismas es la que se registra en los certificados de defunción.

Las últimas cifras disponibles de las tasas de mortalidad por 100,000 menores de 1, 1 a 4 y 5 a 9 años respectivamente, en México en el 2010 se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Tasa de mortalidad pediátrica, por grupos de edad, por accidentes, por Entidad Federativa; México 2010\***

	Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años
<b>Tasa nacional</b>	49.04	10.36	3.64
<b>AGUASCALIENTES</b>	58.59	11.19	4.14
<b>BAJA CALIFORNIA</b>	160.99	11.59	2.05
<b>BAJA CALIFORNIA SUR</b>	20.68	15.40	7.65
<b>CAMPECHE</b>	42.21	7.19	1.35
<b>COAHUILA</b>	65.03	6.39	4.33
<b>COLIMA</b>	9.95	12.46	3.72
<b>CHIAPAS</b>	20.55	11.94	7.48
<b>CHIHUAHUA</b>	84.23	13.47	6.84
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	16.55	6.13	1.60
<b>DURANGO</b>	131.78	14.13	4.51
<b>GUANAJUATO</b>	75.26	11.27	3.10
<b>GUERRERO</b>	14.86	13.67	6.02
<b>HIDALGO</b>	43.75	10.96	4.27
<b>JALISCO</b>	56.10	11.00	3.59
<b>MEXICO</b>	33.91	8.80	2.64
<b>MICHOACAN</b>	26.92	11.82	4.99
<b>MORELOS</b>	17.90	7.18	2.00
<b>NAYARIT</b>	24.41	25.78	6.61
<b>NUEVO LEON</b>	54.88	8.63	1.49
<b>OAXACA</b>	30.78	7.82	2.87
<b>PUEBLA</b>	84.70	12.68	3.45
<b>QUERETARO</b>	112.67	9.52	4.21
<b>QUINTANA ROO</b>	15.19	11.71	1.54
<b>SAN LUIS POTOSI</b>	56.52	10.31	2.39
<b>SINALOA</b>	22.81	13.58	3.75
<b>SONORA</b>	58.25	13.12	4.20
<b>TABASCO</b>	18.75	10.11	2.03
<b>TAMAULIPAS</b>	52.89	6.37	4.42
<b>TLAXCALA</b>	106.27	12.69	2.60
<b>VERACRUZ</b>	24.01	8.80	3.70
<b>YUCATAN</b>	15.12	4.62	0.59
<b>ZACATECAS</b>	72.50	19.12	5.87

\*Tasa de mortalidad observada: por 100,000 menores de 1 año; por 100,000 menores de 1 a 4 años; por 100,000 menores de 5-9 años; **Metodología:** Por año de defunción; Edad quinquenal; Entidad de Residencia; Lista GBD-165: A00-A006. **Fuente:** INEGI/SS. Base de datos de las defunciones 2010-SEED/SS [Fecha de actualización: 29-04-11; Fecha de consulta: 16-12-11]

De acuerdo a esta metodología, los 10 estados que ocupan los primeros lugares de mortalidad por accidentes en los diferentes grupos de edad son:

1. Baja California
2. Baja California Sur
3. Colima
4. Chiapas
5. Chihuahua
6. Durango
7. Guerrero
8. Nayarit
9. Puebla
10. Querétaro

Derivado de lo anterior, en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) surge la necesidad de implementar un programa de prevención de accidentes en el hogar y atención inicial de las urgencias pediátricas para responder a la transición epidemiológica presente en el país.

Dicha estrategia inicia a partir del 2009 con el diseño de guías anticipatorias para la prevención de lesiones en niños(as) menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 9 años de edad, las cuales fueron distribuidas en todo el país, así como la elaboración y distribución de carteles con mensajes preventivos, sin embargo, esta estrategia queda minimizada debido a las necesidades epidemiológicas del país, lo cual se vio reflejado en el bajo porcentaje de madres capacitadas en prevención de accidentes en 2010, como se observa en la tabla 4, siendo a partir del 2011 en que se reinician las actividades relacionadas a la misma, con el objetivo de implementar la estrategia a nivel nacional a través de la difusión de la misma en las reuniones nacionales de los coordinadores estatales del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA), de la elaboración de los presentes lineamientos y de los protocolos de atención inicial de urgencias pediátricas, así como la elaboración de nuevo material de promoción y la capacitación a la población y personal de salud.

## **4.- ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA**



### **4.1 MISIÓN**

Disminuir la morbi-mortalidad por lesiones no intencionales a través de una estrategia para la prevención de accidentes en el hogar en los menores de 10 años a través de la promoción de acciones encaminadas a obtener un medio ambiente más seguro que incluyan actividades educativas que fortalezcan la información sobre la prevención de accidentes entre el personal de salud y la comunidad.

### **4.2 VISIÓN**

Ser un programa modelo e innovador en la implementación y evaluación de la prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años al lograr impactar en la disminución de la morbimortalidad por esta causa a través de profesionales de salud capacitados en prevención de accidentes y una comunidad empoderada en la cultura de prevención.

### 4.3 VALORES

- **Profesionalismo:** Realizar con respeto, mesura, objetividad y efectividad las tareas que corresponden al puesto.
- **Compromiso:** Realizar con entrega y disposición las actividades encomendadas.
- **Colaboración:** Mantener una actitud de cooperación entre los compañeros orientada siempre hacia un objetivo común.
- **Mejora continua:** Apostar por la ampliación y actualización permanente de los conocimientos y habilidades necesarias para mejorar el desempeño de las actividades.
- **Integridad:** Trabajar con ética generando un ambiente de confianza, respeto y equidad.
- **Rigor metodológico:** Planificar, desarrollar, analizar y evaluar la estrategia de manera estructurada y controlada.

### 4.4 OBJETIVOS

#### 4.4.1 Objetivo General

Contribuir a la disminución de la morbilidad por accidentes en el hogar en menores de 10 años mediante estrategias intersectoriales encaminadas a la promoción, prevención y educación de la población lideradas por el Sistema Nacional de Salud.

#### 4.4.2 Objetivos Específicos

4.4.2.1 Establecer los lineamientos para la implementación de la estrategia nacional para la prevención de accidentes en el hogar.

4.4.2.2 Capacitar sobre la prevención primaria y secundaria sobre accidentes en el hogar, tanto en personal de salud como en los responsables cuidadores de los menores de 10 años.

4.4.2.3 Promover las acciones encaminadas a promover un medio ambiente más seguro.

4.4.2.4 Fortalecer la relación inter e intrasectorial para mejorar las acciones referentes a la estrategia.

4.4.2.5 Mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención del paciente pediátrico accidentado.

## **4.5 ESTRATEGIAS Y LÍNEA DE ACCIÓN**

Varios países desarrollados han logrado demostrar la eficacia de acciones sistemáticas y continuas en el primer nivel de atención de los pacientes pediátricos, como el Programa de Prevención de Lesiones de la Academia Americana de Pediatría.

En Argentina, un estudio de intervención desde el consultorio, demostró un cambio en el conocimiento de los padres.

En México, un estudio llevado a cabo en Monterrey concluyó que las prácticas de seguridad de los padres para con sus hijos mejoraron tras llevar a cabo intervenciones educativas breves centradas en dichas prácticas.

En países de alto ingreso se ha logrado disminuir las muertes por accidentes a través de una combinación de investigación, sistemas de información, introducción de medidas específicas de prevención, cambios en el entorno local, legislación, educación pública, mejoras en la atención de emergencias, y evaluación de proyectos. Lamentablemente, dichas intervenciones no se han implementado al grado necesario en países de ingreso bajo o medio, como el nuestro, por lo cual este Centro Nacional ha decidido establecer las siguientes estrategias y líneas de acción a realizar en conjunto con las 32 entidades federativas.

### **4.5.1 Incrementar el nivel de conocimientos sobre la prevención de accidentes en la comunidad.**

- 4.5.1.1 Mediante un programa educativo dirigido al responsable del menor que acude al primer nivel de atención, en prevención primaria de accidentes, proporcionándole una guía anticipatoria durante la consulta de niño sano. Esta guía la puede entregar y explicar el personal de salud al responsable del menor en la sala de espera, dependiendo del grupo de edad al que corresponda el niño, y posteriormente solo reforzar los puntos importantes mediante una muy breve evaluación durante la consulta.
- 4.5.1.2 Desarrollar programas de divulgación permanente a través de la prensa, la radio, televisión, cine, y videos de cápsulas informativas en salas de espera de las unidades de salud entre otros, en coordinación con el área de Promoción de la Salud y con la participación activa de organismos y organizaciones vinculadas a la prevención de accidentes.
- 4.5.1.3 Solicitar la colaboración de organismos y organizaciones nacionales y extranjeras para elaborar ediciones de propaganda gráfica y folletos, en relación con la prevención de accidentes.
- 4.5.1.4 En coordinación con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) dar a conocer a toda la población las medidas de prevención de accidentes en el hogar a través de los medios de comunicación masiva.

#### **4.5.2 Promover acciones encaminadas a obtener un medio ambiente más seguro.**

- 4.5.2.2 Incrementar la participación de los integrantes de la comunidad, incluyendo sus organizaciones, los grupos de Oportunidades, club de madres, club de niños, grupos de adolescentes promotores de la salud (GAPS), etc. en las diferentes acciones de prevención de los accidentes con el fin de lograr "Comunidades seguras".
- 4.5.2.3 Identificar, mediante el médico, enfermera o promotor de las unidades de salud, los factores de riesgo en relación con la incidencia de accidentes en la comunidad (hogares, instituciones infantiles, escuelas, centros laborales, deportivos y recreativos, vía pública y otros), basándose en la visita domiciliaria de control, establecida como parte de su contenido de trabajo, junto con el informe de las acciones necesarias para conseguir la disminución de estos factores a corto, mediano o largo plazo.
- 4.5.2.4 Participar en la organización de las Semanas Nacionales de Salud a fin de sensibilizar a la población de la frecuencia de los accidentes en el hogar y distribuir la información orientadora para su prevención.
- 4.5.2.5 Proponer la creación de un personaje infantil que simbolice la prevención de accidentes, para el desarrollo de mensajes de prevención en los medios de difusión masiva.
- 4.5.2.6 Promover exposiciones, fotografías y/o dibujos realizados por niños, sobre prevención de accidentes.

#### **4.5.3 Capacitación en materia de prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años al personal operativo del primer nivel de atención.**

- 4.5.3.2 Incorporar al programa de capacitación de los Centros Estatales y Regionales el tema de "Prevención de accidentes en el hogar en menores de 10 años de edad"
- 4.5.3.3 En coordinación con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) dar a conocer a toda la población las medidas inmediatas a realizar con un accidentado a través de los medios de comunicación masiva y otras técnicas participativas.
- 4.5.3.4 Impartir cursos de reanimación básica a la población en general y/o responsables de menores de 10 años de edad.
- 4.5.3.5 Impartir cursos de reanimación cardiopulmonar pediátrica básica, al personal médico de las unidades de primer y segundo nivel de atención, con énfasis en una primera etapa a los médicos de las unidades médicas de primer nivel que pertenecen a los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano.
- 4.5.3.6 Promover la notificación de las lesiones en los sistemas de información oficiales (DGIS, SIS).

#### **4.5.4 Legislación de la estrategia para asegurar su permanencia.**

- 4.5.4.2 Inclusión de las actividades referentes al programa en la Norma Oficial Mexicana 031. "Para la Atención a la Salud de la Infancia".

#### **4.5.5 Metas anuales**

- 4.5.5.1 Informar sobre Prevención de accidentes en el hogar al 100% de las madres de los menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 9 años de edad, en base a la "hoja de recomendaciones para la prevención de accidentes en el hogar"
- 4.5.5.2 Capacitar en reanimación cardiopulmonar pediátrica básica al 100% del personal adscrito a los Centros Estatales y Regionales de Capacitación (incluyendo coordinador CEC).
- 4.5.5.3 Capacitar en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica básica, al 10% del personal operativo 1er nivel de atención.

### **5 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN OPERATIVA**

#### **5.1 Límites**

##### **5.1.1 Espacio:**

Se desarrollará en todo el territorio nacional.

##### **5.1.2 Tiempo:**

Programa permanente

##### **5.1.3 Universo de trabajo:**

Personal involucrado en el cuidado de niñas y niños menores de 10 años de edad: población general, personal de salud y prestadores de servicios educativos y de crianza (maestros, educadores, cuidadores, etc.).

##### **5.1.4 Estructura y niveles de responsabilidad**



#### 5.1.4.1 Recursos físicos

Para llevar a cabo la estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar y Atención de Urgencias Pediátricas se requiere de un área de trabajo con todos los insumos de oficina para los coordinadores estatales y jurisdiccionales, con una computadora que cuente con el software necesario para la instalación de los cubos dinámicos de la DGIS; además se requiere un Centro Estatal de Capacitación (CEC) funcionando.

#### 5.1.4.2. Recursos humanos

El **Nivel Federal** funge como la parte rectora a través de la Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA), la cual tiene a su cargo el diseño de la Estrategia Nacional para la Prevención de Accidentes en el Hogar en el menor de 10 años. Ver organigrama del CeNSIA en figura 1.

**Figura 1. Organigrama del Centro Nacional para la Salud de la infancia y la Adolescencia**



En el **Nivel Estatal** los actores principales para que se lleve a cabo la estrategia y las funciones de cada uno se describen a continuación:

- **Dirección de Servicios de Salud del Estado**

1. Gestionar los recursos necesarios para:

- Nombramiento de un responsable o coordinador de la estrategia a nivel estatal
- Capacitación continua de personal médico
- Equipamiento de hospitales de unidades de 1er y segundo nivel con los insumos mínimos indispensables para brindar una atención calificada de las urgencias pediátricas.

- **Coordinador estatal del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA)**

1. Coordinar los procesos de programación-presupuestación estatales relacionados con el requerimiento de necesidades de infraestructura, recursos humanos, insumos y recursos financieros de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el

Hogar y Atención de Urgencias Pediátricas en el Primer Nivel para la elaboración del Programa Anual Operativo de Infancia.

2. Distribución de material del material de difusión

- Carteles con mensajes de prevención de accidentes en el hogar
- Guías anticipatorias para responsables del menor de 10 años
- Lineamientos del programa
- Manual de Urgencias Pediátricas para personal de Salud

3. Supervisar el desarrollo adecuado de la estrategia

• **Responsable del Centro Estatal de Capacitación en coordinación con el responsable estatal de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar en el menor de 10 años.**

1. Promover la capacitación continua en prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años, entre médicos de primer contacto, programando dichas capacitaciones de acuerdo a las metas previamente establecidas en estos lineamientos.
2. Realizar las gestiones correspondientes para obtener la validez curricular de los cursos a través de sus instancias y autoridades estatales correspondientes.
3. Seleccionar al personal de salud que asistirá a los cursos de capacitación en reanimación cardiopulmonar pediátrica básica, asegurándose de contar con personal médico capacitado en todas las jurisdicciones sanitarias.
4. Evaluar periódicamente curva de aprendizaje en materia de prevención de accidentes en el hogar.
5. Retroalimentar al nivel federal con reportes semestrales del personal capacitado en su entidad a través del responsable del Centro Estatal de Capacitación y de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos Operativos de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación vigentes.

- **Responsable Estatal de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar en el menor de 10 años.**

1. Coordinar la implementación de la Estrategia a nivel estatal
2. Participar en los procesos de programación-presupuestación estatales relacionados con el requerimiento de necesidades de infraestructura, recursos humanos, insumos y recursos financieros de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el hogar en el menor de 10 años, para la elaboración del Programa Anual Operativo de Infancia.
3. Mantener actualizadas las disposiciones federales en materia de prevención de accidentes en el hogar, difundirlas entre las jurisdicciones sanitarias y unidades de atención médica pública, privada y social, así como supervisar su cumplimiento.
4. Mantener vigente la aplicación de la estrategia para reducir la mortalidad infantil por accidentes en el hogar.
5. Mantener actualizada la información estatal relacionada con la prevención de accidentes en el hogar, el cumplimiento de metas y comportamiento de indicadores y elaborar los informes semestrales y anuales que determina la normatividad federal vigente en la materia.
6. Mantener actualizados los sistemas de información estadísticos nacionales relacionados con la mortalidad por accidentes en el hogar en el territorio estatal.
7. Vigilar que la información estatal sobre la morbimortalidad infantil por accidentes en el hogar sea reportada en los términos de calidad, precisión y oportunidad establecida por la normatividad federal en la materia, en especial, de vigilancia epidemiológica.
8. Promover la difusión en las jurisdicciones sanitarias, unidades de atención médica de carácter público, social y privado y entre la población en general, de los materiales didácticos relacionados con la prevención y tratamiento oportuno relacionados con accidentes en el hogar.
9. Participar en la organización y desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud a fin de sensibilizar a la población en la prevención de accidentes en el hogar.
10. Elaborar y realizar el programa anual de supervisiones a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas públicas, privadas y sociales que proporcionen atención médica de urgencias pediátricas por accidentes en el hogar, para verificar la difusión de medidas para prevenir accidentes en el hogar.
11. Elaborar y llevar a cabo un sistema de información de la existencia de jurisdicciones sanitarias y unidades médicas capacitadas en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica Básica
12. Proponer cursos de capacitación y actualización del personal de salud en coordinación con el responsable del Centro Estatal de Capacitación para la prevención de accidentes en el hogar y Reanimación cardiopulmonar Pediátrica Básica en el primer nivel, en el ámbito estatal dirigido a unidades de atención médica pública, social y privada.
13. Participar en la organización de las Semanas Nacionales de Salud a fin de sensibilizar a la población de la frecuencia de los accidentes en el hogar y distribuir la información orientadora para su prevención.
14. Establecer coordinación con el responsable estatal del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes (COEPRA) a fin de realizar actividades de difusión en materia de prevención de lesiones no intencionales.

- **Personal Médico de los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel**

1. Atender con calidad y oportunidad a los pacientes pediátricos que hayan sufrido algún tipo de lesión o accidentes que por la gravedad que revista no pueda ser atendido en una unidad de 1er nivel.
2. Participar como profesores en los cursos de reanimación y de capacitación organizados por el Centro Estatal de Capacitación.
3. Capacitar al responsable del menor de 10 años en prevención de accidentes en el hogar durante la consulta del menor de 10 años.
4. Certificación oficial vigente como proveedor de Reanimación cardiopulmonar Pediátrica Básica como mínimo.

- **Personal Médico de los Centros de Salud Urbano y Rural**

1. Asistir a los cursos de capacitación en prevención de accidentes en el hogar realizados a través del Centro Estatal o Regional de Capacitación y a los Cursos de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica Básica, así como mantener certificación vigente.
2. Estabilizar y atender con calidad y oportunidad a los pacientes pediátricos que hayan sufrido algún tipo de lesión u accidente.
3. Aquellas unidades que no tengan la capacidad para establecer el diagnóstico y/o manejo deberán referir al paciente estabilizado a una unidad con la infraestructura necesaria para atender adecuada y oportunamente al paciente lesionado.
4. Informar al responsable del menor de 10 años en prevención de accidentes en el hogar durante la consulta del menor de 10 años y entregarle la guía anticipatoria de acuerdo a la edad del menor.

**Perfil del Coordinador Estatal de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar y Atención de Urgencias Pediátricas en el Primer Nivel.**

1. Médico titulado con especialidad en Pediatría (certificación vigente) y estudios comprobables mediante certificación oficial en salud pública.
2. Certificación oficial vigente expedida por institución de reconocido prestigio como instructor en reanimación neonatal y/o pediátrica básica (mínimo).
3. Experiencia mínima de un año en áreas de gestión administrativa de servicios públicos de salud.
4. Experiencia mínima de dos años en la atención médica a recién nacidos, niños y adolescentes.
5. Disponibilidad para viajar al interior de la República Mexicana.
6. Manejo de paquetería informática.

En el **Nivel Jurisdiccional** deberá existir un coordinador del PASIA y un responsable de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar, para llevar a cabo las acciones planteadas en el presente lineamiento. Además de personal médico y paramédico capacitado e idealmente especializado en el manejo de las urgencias pediátricas, en todas las unidades de salud, así como promotores que participen en la capacitación a la comunidad y las visitas domiciliarias para la detección de factores de riesgo para sufrir accidentes en el hogar.

## **6.- MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

**Promover la difusión de protocolos para la prevención de accidentes en el hogar y atención inicial de urgencias pediátricas.**

**INDICADOR .** Porcentaje de menores de 10 años atendidos con lesiones no intencionales.

**CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.** Número de menores de 10 años atendidos con lesiones no intencionales/Total de menores de 10 años en consulta de primera vez x 100

**META.** 5%

### **REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR**

Las variables utilizar para el numerador son: Dirección General de Información en Salud: Plataforma de Lesiones del año estadístico.

Edad: quinquenal (menor de un año, 1 a 4 años y 5 a 9 años).

Intencionalidad: Accidental.

Sitio de ocurrencia: Vivienda.

Servicio de Atención: consulta externa.

Para el denominador se utilizará: Las variables del SIS: CON01, CON02, CON03, CON04, CON21, CON22, CON23 y CON24.

### **6.1 Periodicidad de la Evaluación**

Se realizarán evaluaciones parciales y cualitativas.

La evaluación parcial se realizará mediante el análisis de la prevalencia de lesiones y mediante la mortalidad con la siguiente periodicidad:

- Mensual a nivel de Unidades de Salud
- Trimestrales a nivel Municipal y Jurisdiccional
- Semestrales a nivel Estatal
- Anual a nivel Nacional

La evaluación cualitativa se realizará mediante supervisiones periódicas.

Evaluación final.

Se consideran cumplidos los objetivos de estos lineamientos cuando se alcancen las actividades programadas y descendan las tasas de mortalidad por accidentes en menores de 10 años de edad.

## 7. ANEXOS

### 7.1 Metodología para la información a la madre o responsable cuidador del menor en materia de prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años.

El concepto de “madres capacitadas” se refiere a la madre o responsable del niño(a) que recibió información por parte del personal de salud sobre temas relativos a la salud del niño y se corroboró su correcto aprendizaje a través de una evaluación por lo cual requiere de personal y un tiempo específico.

La participación del personal de salud es de suma importancia ya que todo contacto con los servicios de salud es una oportunidad para informar y proporcionar los conocimientos y prácticas que permitan tomar medidas para la prevención de accidentes en el hogar y sus alrededores, lo cual se conoce como prevención primaria.

Las acciones de capacitación pueden impartirse en dos modalidades:

**Tabla 12. Modalidades de capacitación**

Modalidades de capacitación	Lugares donde llevar a cabo la capacitación	Personas a capacitar
<b>A. Individual:</b>	Durante la consulta o en las visitas a los hogares	Madres y/o responsables del menor de 10 años
<b>B. Grupal:</b>	1) <b>Informal:</b> en las salas de espera de las unidades de salud y en otros sitios de reunión. En ferias de la salud y Semanas Nacionales de Salud.	Madres y/o responsables del menor de 10 años. Toda la población en general que acuda a estos sitios de reunión.
	2) <b>Formal:</b> en la consulta médica y en los clubes de mujeres y en otros grupos organizados con un programa educativo que faciliten este propósito. En guarderías, jardines de niños y escuelas primarias.	Club de madres Club de niños Grupos del Programa Oportunidades Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud Alumnos de 1º a 6º de primaria Maestros del jardín de niños y primarias

### **Recomendaciones generales para la información a la madre y/o responsable cuidador del menor:**

1. Guardar siempre una actitud de respeto a la persona y sus ideas.
2. Estimular la comunicación a fin de explorar los conocimientos que poseen
3. Recomendar y aconsejar en lugar de culpar
4. Dar confianza para que pregunte sus dudas
5. Utilizar un lenguaje cotidiano con el que esté familiarizada(o)
6. En las áreas con población indígena apoyarse con interpretes locales
7. Asegurarse de que han comprendido el mensaje mediante el uso de preguntas de verificación como las que se sugieren más adelante.

### **Objetivos de la información a la madre y/o responsable cuidador del menor y a la población en general:**

1. Reconocer los principales tipos de accidentes que suceden en el hogar y que afectan principalmente a los menores de 10 años
2. Identificar los factores de riesgo para que los accidentes sucedan en el hogar y sus alrededores
3. Aprender los cuidados y las medidas de seguridad que se deben tomar para evitar que los accidentes sucedan en la casa y sus alrededores.
4. Hacer énfasis en que más del 90% de los accidentes son prevenibles si tomamos las precauciones necesarias.

### **Evaluación de la información a la madre y/o responsable del menor y a la población en general.**

Se considera que una madre o responsable del menor está informado en prevención de accidentes en el hogar, cuando conteste correctamente las siguientes preguntas, orientando las preguntas de acuerdo al grupo de edad en que se encuentre el o la menor:

#### **1.- ¿Sabe cuáles son los tipos de accidentes más comunes en la casa y alrededor de ella?**

R= Estos dependen de la edad del niño.

Si el niño o niña es menor de 1 año, los más frecuentes son:

- 1) Muerte súbita
- 2) Atragantamiento
- 3) Caídas
- 4) Ahogamiento
- 5) Quemaduras
- 6) Envenenamiento

Si el niño o niña tiene entre 1 y 4 años, los más frecuentes son:

- 1) Atropellamiento
- 2) Ahogamiento
- 3) Atragantamiento
- 4) Caídas
- 5) Quemaduras
- 6) Envenenamiento

Si el niño o niña tiene entre 5 y 9 años, los más frecuentes son:

- 1) Atropellamiento
- 2) Ahogamiento
- 3) Atragantamiento
- 4) Caídas
- 5) Quemaduras
- 6) Envenenamiento

**2.- ¿Sabe usted cuál es la manera más segura para acostar a un bebé menor de 6 meses?**

R= SIEMPRE acostar al bebé boca arriba

**3.-¿Sabe usted como evitar que su hijo(a) sufra una caída?**

R= NO dejar solo al bebé sobre superficies elevadas como camas, sillas, mesas, etc.

Colocar barandales de protección en azoteas, ventanas y escaleras.

**4.- ¿Sabe usted como evitar que su hijo sufra quemaduras?**

R= NO permitir que el niño juegue en la cocina. Mantenerlo alejado de alimentos calientes, planchas, enchufes y fogones. NO permitir que el niño juegue con fuego (cerillos, encendedores, cohetes).

**5.- ¿Sabe usted como evitar que su hijo se ahogue?**

R= JAMÁS dejar solo al niño cerca de lugares donde haya agua (cisternas, escusado, tinas, cubetas, albercas, etc.) NUNCA te alejes de tu hijo cuando esté dentro o cerca de lugares donde haya agua (alberca, arroyo, lago, mar), aunque ya sepa nadar.

**6.- ¿Sabe usted como evitar que su hijo se envenene o intoxique?**

R=SIEMPRE guarda todos los medicamentos y químicos (productos de limpieza, aceites, etc.) en un lugar alto y bajo llave. SIEMPRE guarda todos los medicamentos y químicos (productos de limpieza, aceites, etc.) en un lugar alto y bajo llave.

### **7.- ¿Sabe usted como evitar que su hijo sufra una asfixia por atragantamiento?**

R=NUNCA dejar objetos, juguetes ni alimentos pequeños al alcance del niño. Vigilarlo siempre cuando coma. NO dejar que el niño ponga objetos pequeños en su boca (monedas, pilas, tapas de pluma, canicas).

### **8.- ¿Sabe usted como evitar que su hijo sea atropellado?**

R=NUNCA permitir que el niño cruce solo la calle a esta edad, y SIEMPRE tomarlo de la mano al cruzar la calle y caminar por la banqueta. JAMÁS permitir que el niño cruce la calle sin vigilancia. Mostrarle cómo hacerlo, pero siempre acompañado de un adulto.

### **6.2-6.4 Hojas de recomendaciones (o guías anticipatorias) para la prevención de accidentes en el hogar por grupos de edad.**

## **7.2 Madres informadas**

Glascow y cols. realizaron una revisión de 114 artículos sobre educación del paciente en general, en la que concluyeron lo siguiente:

- Las sugerencias concretas son más efectivas que los consejos generales.
- Es común que a los padres se les dificulte recordar lo que se les dijo sólo de manera verbal.
- Los folletos informativos son un medio de comunicación poco costoso, fácilmente disponible, y se ha demostrado que son efectivos en mejorar cumplimiento, satisfacción y conocimiento de los padres.
- Los estudios apoyan que los folletos sean explicados cuidadosamente durante la consulta.
- Se recomienda que para mejorar la comprensión de los folletos, estos se escriban a un nivel de 5to año de primaria (nivel de lectura de un niño de 10 años de edad). Se facilita la lectura reduciendo la extensión de las oraciones y el vocabulario, eliminando frases preposicionales, y evitando usar verbos en tiempo pasivo.

Considerando lo anterior, aunque son muchas las advertencias que se podrían dar para evitar accidentes, las hojas de recomendaciones o guías anticipatorias, se enfocan únicamente a los accidentes que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en los últimos seis años en la población menor de 10 años de edad en México. Se eligieron los 6 accidentes más frecuentes en cada grupo de edad (niños menores de 1 año, niños de 1 a 4 años, niños de 5 a 9 años). Aunque los accidentes viales en los que el niño viaja como pasajero son una de las causas más importantes de muerte por accidentes, no se coloca la recomendación de asientos de seguridad de manera más prominente tomando en cuenta el nivel socioeconómico de la gente que acude a los centros de salud (CS); el médico del CS preguntará al familiar si cuenta con automóvil, y de ser así, entonces dará la recomendación pertinente.

Los mensajes son cortos, con uso de palabras claras y sencillas de entender por personas con diferentes niveles de lectura. Se agregan imágenes que ejemplifiquen parte del texto y sean útiles para que la población analfabeta recuerde las recomendaciones.

Tomando en cuenta lo anterior, el concepto de madre informada se propone como una alternativa al de madres capacitadas para evitar oportunidades perdidas cuando no se puede llevar a cabo una capacitación completa, ya que solo se requiere de proporcionar a la madre o responsable del menor la información apoyándose con una hoja de recomendaciones impresa la cual se le otorga gratuitamente; esta acción se debe llevar a cabo en todas las consultas de niño sano menor de 10 años por el médico.

Para estas 3 variables se propuso crear el apartado de “*Madres informadas en prevención de accidentes en < 10 años*”, en la Sección III del INFORME MENSUAL DE LA UNIDAD MÉDICA, SIS-SS-CE-H , página 24 tal como se especifica a continuación:

**Madres informadas en prevención de accidentes en < 10 años.**

La fuente de llenado es la hoja diaria del médico que a su vez se vaciará en el Informe Mensual de Actividades realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.

Se agregará en la sección de GLOSARIO del INFORME MENSUAL DE LA UNIDAD MÉDICA, SIS-SS-CE-H, (página 29) la siguiente definición:

*Madres informadas.* Se refiere a la madre y/o responsable del menor de 10 años a la cual se le proporciona la información para prevenir accidentes en el hogar la cual se le otorga gratuitamente; esta acción la debe llevar a cabo el médico en todas las consultas de niño sano menor de 10 años, apoyándose con una hoja de recomendaciones impresa de acuerdo al grupo de edad en que se encuentre el niño o niña (menor de 1 año, de 1 a 4 año y de 5 a 9 años).

a. Hojas de recomendaciones o guías anticipatorias.

**RECOMENDACIONES  
NIÑOS MENORES DE 1 AÑO**

Su bebé está creciendo bien si está creciendo las pulgadas como que están todas

- 1. Mucha leche**  
 BÉBÉ: ¿cuánto está comiendo de leche materna o fórmula?  
 Más de 24 oz
- 2. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo o cambios de comportamiento muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 3. Cansado**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 4. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 5. Comenzando**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora

www.cdc.gov/nczod/zod/diseases/immunization

**RECOMENDACIONES  
NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS**

Su bebé está creciendo bien si está creciendo las pulgadas como que están todas

- 1. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 2. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 3. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 4. Cansado**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 5. Comenzando**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora

www.cdc.gov/nczod/zod/diseases/immunization

**RECOMENDACIONES  
NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS**

Su bebé está creciendo bien si está creciendo las pulgadas como que están todas

- 1. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 2. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 3. Alargamiento**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 4. Cansado**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora
- 5. Comenzando**  
 BÉBÉ: ¿qué estado de ánimo muestra al estar en sus sillas o cunas?  
 Más de 1 hora

www.cdc.gov/nczod/zod/diseases/immunization

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
2. Programa Nacional de Salud 2013-2018
3. Programa Sectorial de Salud 2013-2018
4. Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999 Para la Atención a la Salud del Niño
5. Programa de Acción Específico 2014. Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil.
6. Davis RM, Pless B. Editorial. BMJ bans "accidents." *BMJ*: 2001; 322;1320-1321.
7. World Health Organization. Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006-2015. Geneva, Switzerland, 2006.
8. UNICEF. A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card. Issue no. 2. Florence, Italy: February 2001.
9. Baker SP, O'Neill B, Karpf RS. The injury fact book. Lexington, MA, Lexington Books, 1984.
10. Spiegel CN, Lindaman FC. "Children Can't Fly": a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. *Am J Public Health*, 1977, 67: 1143-1146.
11. Rodgers G. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription drugs: two decades of experience. *JAMA* 1996, 275: 1661-1665.
12. Towner E, Errington G. How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen, Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004.
13. Secretaría de Salud. SINAIS. 2005.
14. Bass et al. Childhood Injury Prevention Counseling in Primary Care Settings: A Critical Review of the Literature. *Pediatrics*. 1993; 92:544-550.
15. TIPP. The Injury Prevention Program, en <http://www.aap.org/family/tippmain.htm>
16. Waisman I, Rodriguez MI, Malamud B, Zabala R, Echegaray L y Bornoroni GE. Un Proyecto para prevención de accidentes desde el consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr*. 2005; 103:23-38.
17. Mock C, Arreola-Risa C, Trevino-Perez R, Almazan-Saavedra V, Zozaya-Paz JE, Gonzalez-Solis R, et al. Injury prevention counseling to improve safety practices by parents in Mexico. *Bull World Health Organ* 2003, 81(8):591-598.
18. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, Trimm F. Brief approaches to educating patients and parents in primary care. *Pediatrics* 1998; 101; e10.
19. Lindqvist K, Dalal K. the impact of child safety promotion on different social strata in a WHO Safe Community. *J inj Violence Res*. 2012 Jan;4(1):20-5.

**9.- AGRADECIMIENTOS ESPECIALES POR SU COLABORACIÓN EN LA EDICIÓN DE “LINEAMIENTOS PARA LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS 2012.”.**

**Dra. Manjari Quintanar Solares**

Médico Pediatra

**Dr. Luis Augusto Moya Barquín**

Jefe de Terapia Intensiva del Hospital San Juan de Dios, Guatemala.

**Dra. Laura Margarita Tapia Muñoz**

Médico Endocrinólogo Pediatra.

A todo el equipo de la Dirección de Infancia por su entusiasta colaboración en la revisión y sugerencias para los lineamientos Ed. 2012: Dra. Lucía Álvarez Hernández, Dra. Velia rosas Benítez, L.E. Teresa Tanguma Alvarado, Dr. Carlos Meneses Reyes, Dra. Ana María Santibañez Copado, Dra. Ana Celia García Zuñiga, Dra. Ximena Margain Ojeda, Mtra. Bárbara Flores A, Dra. Gabriela Rivera Dávila, Dra. Ana Carla Argüelles Albarrán, Dra. Carolina Domínguez Hernández, Dra. Solange Heller Rouassant, L.N. Susana Torres Perea, M.en C. Virginia Pegueros, Mtra. Luz del Carmen Hernández, Lic. Enf. Amanda Mendoza y a la Lic. Magdalena Solares.