XLI CURSO DE ACTUALIZACION EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA PREVENTIVA.

2025 – 2026

Trabajo final de curso

Lesiones en la Infancia: Rol del puericultor en su prevención y manejo.

Alumna: Ivón María Saura Hernández

INDICE

1. Introducción……1
2. Objetivos…… 3
3. Antecedentes históricos…….. 4
4. Epidemiologia…… 9
5. Clasificación, diagnóstico y manejo terapéutico……..18
6. Discusión……62
7. Conclusiones……..69
8. Referencias bibliográficas……70
9. Anexo…… 81

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (RAE) define el accidente como: Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas; y en una segunda acepción dice: Suceso eventual del que resulta daño involuntario para las personas o las cosas. [1]

Actualmente la Enciclopedia "Britanicca" define accidente como un "evento inesperado, típicamente de naturaleza repentina y asociado con lesión, pérdida o daño". Añade que "Los accidentes son una característica común de la experiencia humana y provocan lesiones o discapacidad permanente a un gran número de personas en todo el mundo cada año. Muchos accidentes también implican daños o pérdida de propiedad." Y aclara que "Con las precauciones de seguridad adecuadas y la conciencia de las acciones y el entorno, se pueden evitar o prevenir muchos accidentes." [2]

La Organización Mundial de la Salud propone la siguiente definición de accidente «acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, o acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental».[3]

En la 10 ª Edición del Manual de Puericultura y Pediatría de la Sociedad Española de Puericultura se precisa por el Doctor D. Guijarro Espadas y colaboradores que la palabra "accidente procede del latín accidens, accidentis y es un suceso eventual o acción del que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas. Este concepto tendría una significación de inevitabilidad y por ese motivo se empieza a sustituir por la palabra Lesión; ya que muchos de estos accidentes no son inevitables y se pueden prevenir. Se pueden clasificar en 'lesiones no intencionales' e 'intencionales' y también con frecuencia se denominan 'causas externas'. [4]

En 2024, 4,9 millones de niños menores de cinco años murieron a nivel mundial, con 2,3 millones de recién nacidos afectados. Aunque la mayoría de estas muertes ocurren en países en desarrollo, las muertes por causas externas constituyen una de las causas principales de mortalidad infantil y adolescente, en naciones desarrolladas, evidenciando la necesidad de mayor prevención. [5-7]

En España, los accidentes domésticos representan una gran proporción de las consultas pediátricas en urgencias. "Según un estudio realizado por Marti Marti y colaboradores (Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE) los accidentes en el hogar constituyen aproximadamente el 45% de todos los accidentes infantiles que requieren atención médica, con predominancia en los niños menores de

5 años, quienes presentan el mayor riesgo de sufrir caídas, quemaduras, intoxicaciones y ahogamientos. Los ahogamientos: representan la mayor causa de mortalidad por accidente no intencionado en la edad pediátrica. Los ahogamientos en el hogar (en bañeras o piscinas) tienen una alta tasa de mortalidad en niños menores de 5 años". [8]

Igualmente, la prevención y protección del menor forma parte de los derechos establecidos en la Convención de Naciones Unidas para los Derechos de la Infancia,[9] en la que se expone la responsabilidad social de todos los gobiernos que hayan ratificado dicha convención para elaborar estrategias que protejan a las niñas y niños, ya que prevé que tienen derecho a recibir una atención sanitaria y que se puedan desarrollar en un ambiente seguro.

El Doctor A. Guijarro Espada y colaboradores en el Décimo Manual de Puericultura y Pediatría plantean que "no hay ni puede haber incompatibilidad entre Puericultura y Pediatría, somos complementarios y en el ejercicio de nuestra atención a la infancia, debemos aplicar ambas disciplinas". [10] En este texto se señala que "Puer que significa niño y cultus, cultivo; somos por tanto "cultivadores de niños". Según el diccionario de la Real Academia Nacional de la lengua en España la Puericultura es: La Ciencia que se ocupa del sano desarrollo de los niños, y la palabra Pediatría, que su origen es griego παῖς, παιδός niño y atría curación". [10]

"Según el referido diccionario la Puericultura es: "La rama de la Medicina que se ocupa de la salud y de las enfermedades de los niños". La palabra Pediatría es relativamente reciente, la empleó por primera vez Theodor Zwinger en Basilea el año 1722 en su obra Paedojatreja Práctica. La Puericultura trasciende el ámbito médico y está apoyada en otras disciplinas sociosanitarias, por tanto, es una actividad multidisciplinaria en la atención al cuidado, la crianza la disciplina de los niños, no solo sanos sino también enfermos y por tanto se ocupa de su salud física y psíquica".[10]

Los accidentes o lesiones no intenciones constituyen un problema bastante relevante y con una incipiente toma de conciencia por parte de la sociedad, que ha hecho que se pase de la concepción del accidente como una consecuencia producto del azar a pensarse que la mayoría de estos accidentes se pueden prevenir jugando el pediatra un papel primordial en su prevención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Conocer tipos de lesiones y rol del médico puericultor-pediatra en su prevención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar la literatura sobre lesiones no intencionadas en la infancia.
2. Reconocer las consecuencias de los accidentes para el niño, la familia y la sociedad.
3. Describir la acción del puericultor en la educación, prevención y manejo de las lesiones en la niñez.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La mortalidad infantil durante la Edad Media era muy elevada. “El 85% de los niños morían de enfermedades, con fiebres muy altas. Otros muchos fallecieron por sofocamiento: los bebés dormían en la misma cama que la madre o la nodriza, y ésta los asfixiaba con el peso de su cuerpo. El infanticidio fue otra causa de mortalidad infantil”. [11]

“A finales de la Edad Media, las calles de las ciudades y pueblos eran frecuentes lugares de juego para los niños, como se desprende de los relatos sobre milagros, o de las fuentes judiciales que a menudo narran accidentes, e incluso muertes, como consecuencia de estas prácticas. El estudio de las actividades lúdicas al aire libre revela que, desde una edad muy temprana, surgen marcadas diferencias de género, donde la violencia desempeña un papel central para los varones”.[12]

Alrededor de 1175, un hagiógrafo (clérigo que escribe relatos de milagros), al contar los prodigios que se dice que realizó Tomás Becket, informó de que una niña estaba “jugando pero no prestaba suficiente atención al lugar de juego (locum ludendi). Estaba en lo alto de los muros de fortificación de un castillo y arrojaba guijarros a sus vecinos y compañeros de juego que se divertían abajo. No había previsto su caída. Con las manos hacia delante, cayó al pie del muro y expiró, perdiendo sangre por la boca, las fosas nasales y los oídos”.[12]

“En Poissy, a finales del siglo XIII, según Guillaume de Saint-Pathus, que relató los Milagros post mortem del rey San Luis, hubo que demoler varios edificios antiguos para construir un monasterio femenino. A pesar de todas las precauciones tomadas por los obreros que realizaban las obras, “sucedió que un niño que deambulaba divirtiéndose quedó cubierto y atrapado en medio del muro” [12]

Se recoge en el texto que “Mientras que para los niños pequeños es imposible distinguir entre lugares peligrosos masculinos y femeninos (los accidentes les ocurren a ambos sexos en la cuna, la cama de los padres, cerca de la chimenea o en la bañera), es más fácil hacerlo para los niños mayores que empiezan a moverse en público. Ellos se identifican con sus padres a una edad temprana, pero las hijas imitan las acciones de sus madres mucho antes que los hijos las de sus padres. Recoger agua en casa, por ejemplo, es una actividad doméstica femenina”. Esto explica por qué hay más accidentes entre los tres y los siete años, y por qué ocurren a una edad más temprana en el caso de las niñas. “Dos relatos de milagros de Guillaume de Saint-Pathus (finales del siglo XIII) ilustran esta diferencia. “Cuando Giefrein, de

cuatro años, se encontró en el sótano de la casa vecina, confesó que había ido a buscar la “pelota” con la que jugaba y que se había caído al sótano. Por otra parte, la pequeña Marote, que vivía en Saint-Denis y tenía tres años y medio, salió al patio, por cuyo fondo corre un arroyo, a buscar agua para su madre en un cántaro. Allí se ahogó” (Imagen 1)



Imagen 1: El ahogamiento de Marote en los Milagros de Guillaume de Saint-Pathus:Vida y milagros de Santo Luís, París BNF, ms. francés 2829, fol. 98v (finales del siglo XV) Tomado de: Crítica Urbana. Núm. 30. Diciembre 2023.[12]

“A medida que los niños crecen, los accidentes se alejan más del hogar, pero mucho más en el caso de los niños que en el de las niñas, que suelen permanecer en el perímetro del hogar (Imagen 2) Las diferencias sociales son muy difíciles de evaluar debido a la falta de información, pero podemos plantear la hipótesis de que los niños de los entornos más privilegiados, que están mejor supervisados, escapan más a menudo de los accidentes.”[12]



Imagen 2: Los peligros con los caballeros: Historia de Renaud de Montauban, Flandes (Brujas), hacia 1470. Tomado de: Crítica Urbana. Núm. 30. Diciembre 2023.[12]

De hecho, entre la documentación disponible refiere el autor, tenemos un apartado de los estatutos de San Severino fechado en 1426 (apartado 80 del Libro II, De maleficiis) que lleva por título: “Que los niños y los demás no jueguen (Quod pueri et alii non faciant ad prelium)” Prohibía el juego en ciertas zonas de la ciudad, en particular en la zona suburbana conocida como grave Potentie (la orilla del Potenza, el río que atraviesa San Severino) cerca de los molinos y otros edificios situados a lo largo del río (actual Borgo Conce).[12]

Como podemos intuir, en numerosas ocasiones la muerte de un niño no se debía a una enfermedad, sino que se podían dar casos en los que, a causa de un terrible accidente, el pequeño fallecía.[12]

En textos tan antiguos como Un Texto Pediátrico del siglo XIV: el Tratado de los niños. En el capítulo II. De la elección de la ama. Se hace mención de medidas de prevención (“era relativamente frecuente que algunos pequeños muriesen asfixiados, debido a la costumbre que tenían los adultos de dormir en la cama con sus hijos pequeños, con la intención de administrarles calor”) “En primer lugar, Así, en su tratado, Bernardo de Gordonio insistía en evitar este hábito: «que guarde el ama que no tenga al niño consigo acostado cerca de si, lo qual es de mucho peligro (…) porque cuando el ama duerme, puede por caso poner el braço sobre la boca del niño, ó el pecho, y assí puede ser ahogado el infante».[12]

Asimismo, en los testimonios cronísticos, nos encontramos con alusiones a las muertes accidentales de niños de la monarquía castellana, como fue el caso de Enrique I, quien falleció en 1217, a la edad de trece años, cuando se hirió la cabeza con una piedra jugando con otros niños: «El rey don Enric trevellaba con sus mozos e firiolo un mozo con una piedra en la cabeza non por su grado e murió ende VI días de junio en día de martes era MCCLV».[13-15]

Hace 132 años nacía el primer automóvil. El primer automóvil con motor de combustión interna se atribuye a Karl Friedrich Benz en la ciudad de Mannheim en 1886 con el modelo Benz Patent-Motorwagen. (Imagen 3)[16]



Imagen 3: Tomado de: Sicnag. (2016). *1886 Benz Patent Motorwagen* [Fotografía]. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:1886_Benz_Patent_Motorwagen_(29744182207).jpg [16]

Poco después, otros pioneros como Gottlieb Daimler y Wilhelm Maybach presentaron sus modelos. El primer viaje largo en un automóvil lo realizó Bertha Benz en 1889 al ir de Mannheim a Pforzheim, ciudades separadas entre sí por unos 105 km. Cabe destacar que fue un hito en la automovilística antigua, dado que un automóvil de esta época tenía como velocidad máxima unos 20 km/h, gastaba muchísimo más combustible de lo que gasta ahora un vehículo a esa misma velocidad y la gasolina se compraba en farmacias, donde no estaba disponible en grandes cantidades. Se incrementan accidentes al coincidir personas con vehículos en las calles.[17]

El origen de los accidentes viales se remonta a 1891 en Ohio, cuando el desarrollador James Lambert y su colaborador, James Swoveland, testaban un vehículo experimental de tres ruedas y un solo cilindro. Al desplazarse por un sendero rural a una velocidad que no superaba los 8 km/h, el automóvil impactó contra la raíz de un árbol y volcó. A pesar de los severos daños materiales del prototipo, ambos tripulantes resultaron ilesos.[17]

Si bien este incidente representó el primer siniestro de un automóvil con motor de combustión, la historia ya registraba accidentes previos con vehículos de vapor. Entre ellos destacan el choque de John Scott Russell contra una pared en Escocia (1834) y el fallecimiento de Mary Ward en Irlanda (1869), considerado el primer deceso vial de la historia. Así, el origen del automóvil corrió en paralelo con la necesidad de diseñar normativas de tránsito y estrategias de seguridad vial para mitigar estos riesgos.[18]

El año 1959 marcó un antes y un después en la gestión de las carreteras en España, un periodo en el que el país apenas contaba con un millón de vehículos en circulación.

La alarmante cifra de 1.678 personas fallecidas y más de 25.000 heridos, derivados de los 27.079 siniestros contabilizados ese año, obligó a las autoridades a tomar medidas drásticas. Como respuesta institucional a esta preocupante siniestralidad, nacieron en el verano de ese mismo año la Jefatura Central de Tráfico y la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil (30 de julio de 1959 se creó la Jefatura Central de Tráfico y el 26 de agosto la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil). Asimismo, la industria y las autoridades comenzaron a priorizar la resistencia de los automóviles, dando inicio a los primeros ensayos de colisión o crash tests. [17-19]

Este despliegue normativo y técnico fue la evolución natural de un problema que ya había comenzado a gestarse a principios del siglo XX. Entre 1900 y 1920, la irrupción del automóvil en entornos urbanos donde ya transitaban peatones y carruajes tirados por caballos generó los primeros conflictos de convivencia vial. Para ordenar aquel descontrol inicial en las grandes urbes, fue indispensable introducir elementos hoy cotidianos, destacando la implantación de las primeras señales de tráfico y el desarrollo de los primeros semáforos.[17 -19]

EPIDEMIOLOGIA

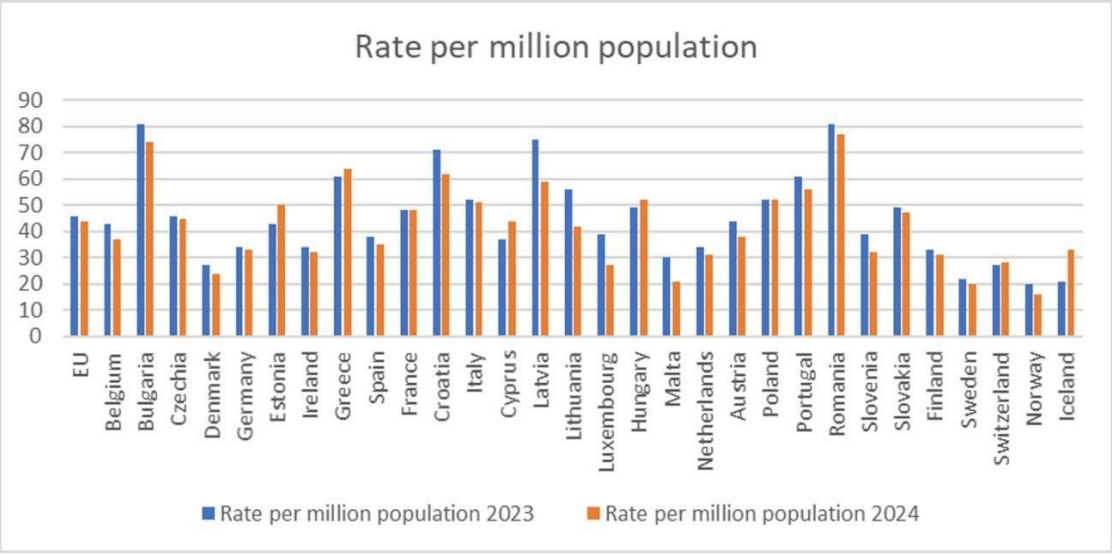
Las lesiones no intencionales (accidentes de tráfico, ahogamientos, caídas, intoxicaciones) son, con diferencia, la principal causa de muerte en niños y adolescentes en países desarrollados, superando a las enfermedades infecciosas en este grupo de edad.

Los datos dados a conocer por la Comisión Europea son las cifras provisionales de víctimas mortales en carretera en 2024 y que estiman que en toda la Unión Europea fallecieron 19.800 personas por siniestros viales, lo que supone un descenso del 3%, equivalente a 600 vidas menos perdidas en comparación con 2023. [20,21]

Pese a que el comportamiento de los países en este último año ha sido desigual, las tasas de mortalidad de los países no han cambiado significativamente, siendo las carreteras más seguras las de Suecia y Dinamarca. Por el contrario, Bulgaria con 74 fallecidos por millón de habitantes y Rumanía con 77 registraron las tasas de mortalidad más altas en 2024. El promedio de la UE fue de 44 muertes por millón de habitantes.[20,21]

España con 35 fallecidos por millón de habitantes se sitúa entre los diez países de la Unión Europea con menor tasa de mortalidad por siniestro de tráfico, solo por detrás de países como Suecia (20), Dinamarca (24), Holanda (31) y Alemania (33) y por delante, de países de referencia en seguridad vial como Bélgica (37), Austria (38), Francia (48) e Italia (51) [20,21]

Gráfico 1: Tasa de mortalidad vial por millón de habitantes en la Unión Europea. 2024



Tomado de: Informe estadístico anual sobre seguridad vial en la Unión Europea. 2025. Comisión Europea.

Según la información de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) las tres causas principales de muerte durante el año 2024 por grupos de edad estuvieron constituidas por: [22-24]

En el grupo de 0 a menos de 28 días después del nacimiento son las afecciones debidas a nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, afecciones del desarrollo y genéticas y las complicaciones maternas del embarazo las que se presentan por este orden de frecuencia: [22,25,26]

Desde los 28 días hasta 11 meses de edad, el Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) los accidentes, las afecciones del desarrollo y genéticas que estaban presentes al nacer constituyen las principales causas: [22,27,28]

En el grupo de 1 a 4 años, los accidentes (lesiones no intencionales), los trastornos genéticos del desarrollo que estaban presentes al nacer y el homicidio son las que prevalecen: [22,29,30]

De 5 a 9 años. Se mantienen los accidentes (lesiones no intencionales) como causa principal de mortalidad, ocupando el cáncer y el homicidio la segunda y tercera causa respectivamente: [22,30]

En el grupo de 10 a 14 años constituyen los accidentes, el suicidio (daño autoinfligido) y el cáncer las principales causas de muerte: [22,30]

Tabla 1: Número de muertes infantiles, porcentaje del total de muertes infantiles y tasa de mortalidad infantil para las 10 principales causas de muerte infantil en 2024: Estados Unidos, 2023 y 2024.

Puesto	Causa de muerte (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión)	2023			2024		
		Número	Por ciento	Tasa [2]	Número	Por ciento	Tasa [2]
…	Todas las causas	20.145	100.0	560.2	20.050	100.0	552.5
1	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (Q00–Q99)	4.005	19.9	111.4	4.061	20.3	111.9
2	Trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (P07)	2.922	14.5	81.3	2.941	14.7	81.0
3	Síndrome de muerte súbita del lactante (R95)	1.445	7.2	40.2	1.351	6.7	337.2
4	**Accidentes (lesiones no intencionadas) (V01–X59)**	**1.291**	**6.4**	**35.9**	**1.245**	**6.2**	**34.3**
5	Recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo (P01)	1.141	5.7	31.7	1.193	6.0	32.9
6	Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	621	3.1	17.3	603	3.0	16.6
7	Recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, el cordón umbilical y las membranas (P02)	569	2.8	15.8	594	3.0	16.4
8	Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	449	2.2	12.5	453	2.3	12.5
9	Enfermedades del sistema circulatorio (100–199)	356	1.8	9.9	376	1.9	10.4
10	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer (P20–P21)	365	1.8	10.2	362	1.8	10.1
11	Todas las demás causas (residuales)	6.981	34,7	…	6.865	34.2	…

Tomado de: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, archivo de datos de mortalidad. 2024

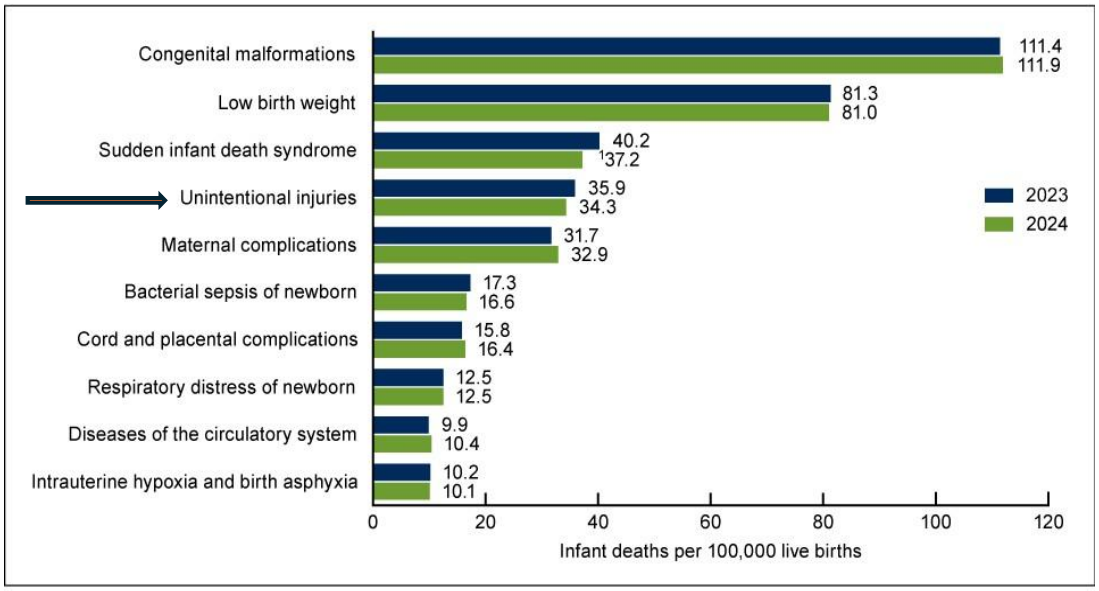
…Categoría no aplicable.

[1] Basado en el número de muertes.

[2] Muertes infantiles por cada 100 000 nacidos vivos.

[3] Disminución estadísticamente significativa de 2023 a 2024 (*p* <0,05). NOTAS: Los números que muestran el porcentaje por causa están redondeados; por lo tanto, estos números pueden no sumar 100,0 %. Las 10 principales causas de muerte infantil en 2024 representaron el 65,8 % de todas las muertes infantiles en los Estados Unidos. Las causas de muerte están clasificadas según el número de muertes en 2024. Las clasificaciones para los datos de 2023 no se muestran.

Gráfico 2: Infant Mortality rate for the 10 leading causes of infant death in 2024. United States, 2023 and 2024.



Tomado de: National Center for health statistics. United States.2024.

El 17 de diciembre de 2025, el Instituto Nacional de Estadística de España publicó los datos definitivos sobre defunciones según la causa de muerte en España en el año 2024.[31]

En este año, 2024, casi el 90% de las defunciones totales se distribuyeron entre ocho grandes grupos de causas de muerte de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Los fallecimientos por causas externas en 2024

aumentaron en 318 con respecto al año anterior, lo que supone 1,8% más defunciones por causas externas que en 2023. [31,32]

Tabla 2. Defunciones por los ocho grandes grupos de causas de muerte de la CIE10 que produjeron mayor número de fallecimientos en 2024. España.

	Defunciones	Porcentaje
Defunciones totales	436.118	100
Tumores	115.578	26,5
Enfermedades del sistema circulatorio	113.620	26,1
Enfermedades del sistema respiratorio	50.132	11,5
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	26.041	6
Enfermedades del sistema digestivo	22.928	5,3
Trastornos mentales y del comportamiento	22.861	5,2
Causas externas	**18.351**	**4,2**
Enfermedades del sistema genitourinario	18.228	4,2

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es. Datos Ministerio de Sanidad

En 2024 se produjeron en España 6 defunciones menos que en 2023. Concretamente, 436.118 defunciones en 2024 frente a 436.124 defunciones en 2023, lo que supone una variación mínima. En cambio, las defunciones por grupos de edad muestran variación entre 2023 y 2024, como se observa en la tabla 3. En 2024, las defunciones en la población menor de 15 años aumentaron con respecto a 2023. [31-33]

Tabla 3. Defunciones en 2023 y en 2024 y variación de las defunciones en 2024 con respecto a 2023, según grupo de edad. España.

Edad	Defunciones		Variación absoluta	Variación relativa %
	2023	2024		
Menores de 5	1.077	1.171	94	8,7
5 a 14	357	381	24	6,7
15 a 24	1.172	1.093	-79	-6,7

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es Datos Ministerio de Sanidad

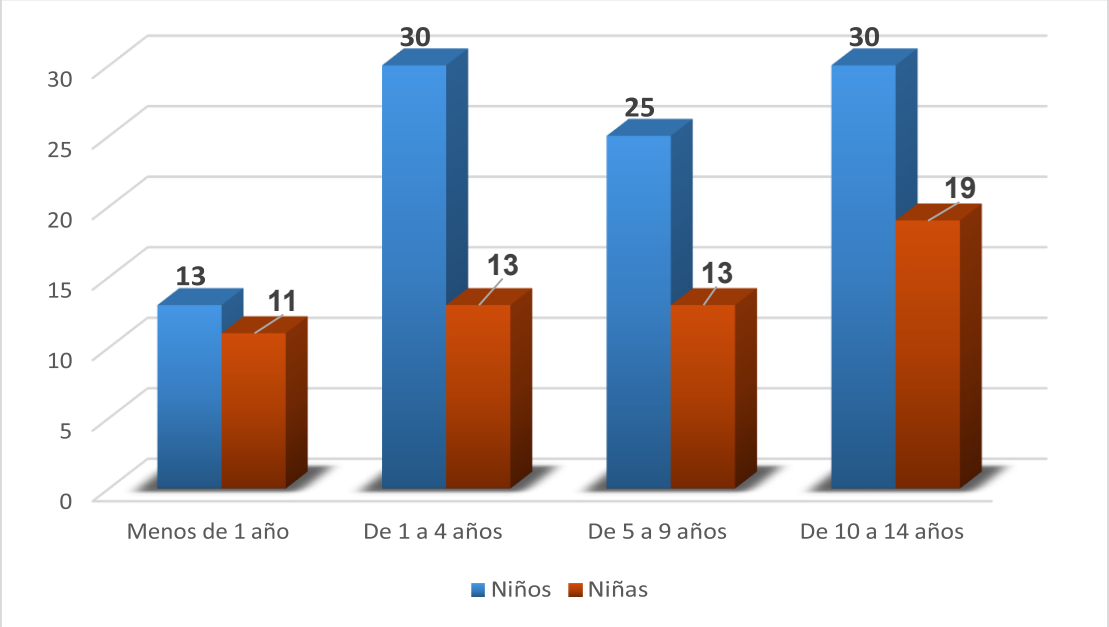
Las principales causas de mortalidad infantil en España son las malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas y trastornos perinatales (como prematuridad) en menores de un año. Para niños mayores de 1 año hasta la adolescencia, destacan los accidentes (accidentes de tráfico, ahogamientos, atragantamientos).[6,34] Predominando el sexo masculino en todos los grupos de edades Tabla 4.

Tabla 4. Causas externas de mortalidad según grupo de edad. España. Población de 0 - 14 años. Unidad personas. Año 2024.

Sexo	Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años
Niños	13	30	25	30
Niñas	11	13	13	19

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

Gráfico 3: Mortalidad por causas externas según grupo de edad. España. Población de 0 - 14 años. Año 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es Datos Ministerio de Sanidad.

En cuanto a las defunciones por causas externas según edad y sexo en menores de 14 años, tabla número 5, estas varían teniendo en cuenta la edad, las causas por ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales predominaron en los niños entre 1 a 4 años mientras que los accidentes de tráfico entre las edades de 5 a 14 años.[35]

Tabla 5: Defunciones por causas externas según edad y sexo. España. Año 2024.

Defunciones por causas externas *	Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años
090 Accidentes de tráfico				
Niños	2	5	4	6
Niñas	2	2	4	3
091 Otros accidentes de transporte				
Niños	0	0	1	1
Niñas	0	0	0	1
092 Caídas accidentales				
Niños	1	4	2	2
Niñas	0	0	0	1
093 Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales				
Niños	2	14	8	9
Niñas	0	5	5	1
094 Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes				
Niños	0	1	2	1
Niñas	1	0	1	3
095 Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso				
Niños	0	0	0	1
Niñas	0	0	0	0
096 Otros envenenamientos accidentales				
Niños	0	0	0	1
Niñas	0	0	1	2
097 Otros accidentes				
Niños	0	5	3	0
Niñas	3	3	0	1
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas				
Niños	0	0	0	6
Niñas	0	0	0	6
099 Agresiones (homicidio)				
Niños	7	1	4	3
Niñas	5	3	2	0
100 Eventos de intención no determinada				
Niños	0	0	1	0
Niñas	0	0	0	0
101 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica				
Niños	1	0	0	0
Niñas	0	0	0	1
102 Otras causas externas y sus efectos tardíos				
Niños	0	0	0	0
Niñas	0	0	0	0

* Unidad personas.

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

Teniendo en cuenta las estancias hospitalarias según la edad, dependencia hospitalaria y diagnóstico, Tabla 6 predominaron los ingresos en Hospitales públicos, en el grupo de edad comprendido entre los 5 a 14 años y las lesiones y envenenamientos las causas principales. [36]

Tabla 6 Estancias Hospitalarias según edad, dependencia hospitalaria y diagnóstico. España. 2024.

	Público			Privado		
	Ambos sexos			Ambos sexos		
	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años
1900 Lesiones y envenenamientos S00-t88	5.241	14.008	35.703	849	2.370	9.140
1901 Traumatismo intracraneal S06	682	955	2.497	55	187	439
1902 Otros traumatismos de la cabeza S00S05, S07-S09	681	1.198	2.429	163	262	484
1903 Fractura de radio y cúbito S52	7	197	3.113	11	59	1.383
1904 Fractura del fémur S72	117	732	1.459	26	63	158
1906 Otros traumatismos S10-S51, S53S71, S73-S81, S83-T14, T79	165	2.127	10.440	46	438	3.008
1907 Quemaduras T20T32	535	2.223	1.443	1	42	23

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

Según estudios consultados, los accidentes infantiles son una de las principales causas de muerte en los países desarrollados; de tal manera que desplazan otro tipo de causas como las enfermedades infecciosas u otro tipo de patologías. Se contabilizan alrededor del 40% de muertes por esta causa en el grupo de 1 a 14 años.[37]

CLASIFICACIÓN, DIAGNOSTICO Y MANEJO TERAPEUTICO

Las lesiones y los fallecimientos causados por causas externas constituyen un problema importante de salud pública en los países en desarrollo, donde las lesiones causadas por este motivo provocan más del 90% de todas las muertes y la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. Según la OMS cada día mueren 2.270 niños por accidente en el mundo, de los cuales más de 1.000 se podrían salvar aplicando medidas de prevención. [3,37]

En el 10ª Manual de Puericultura, en el capítulo: Accidentes en la infancia, como ya se hizo referencia anteriormente los autores plantean que "en la actualidad la palabra accidente se comienza a sustituir por la palabra lesión y se pueden clasificar en 'lesiones no intencionales' e 'intencionales' y también con frecuencia se denominan 'causas externas".[4]

Clasificación:

Lesiones con frecuencia se denominan causas externas.

1. Lesiones intencionales: - Homicidios

   - Suicidios

2. Lesiones No intencionales: Accidentes de tráfico, ahogamientos, sumersión y sofocación, caídas y golpes, atragantamientos, quemaduras, intoxicaciones, mordeduras, armas de fuego.

Debido al progresivo crecimiento físico y a las diferentes etapas que alcanza en su desarrollo el niño presenta riesgos particulares que varían con la edad, aumenta su movilidad con el crecimiento físico y por tanto su autonomía e independencia. La Asociación Española de Pediatría (AEP), con la colaboración de Dodot, ha redactado un manual con el objetivo de acompañar y asesorar a la familia con respecto al embarazo, parto y primeros años de vida del niño, para que pueda prepararse lo mejor posible antes del nacimiento.[38]

Dentro de los accidentes más comunes por edad tenemos [39,40]

ACCIDENTES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA POR GRUPO DE EDAD

0 – 2 años

Caídas: Desde cunas o cambiadores. camas, tronas, muebles, escaleras.

Asfixia y atragantamiento: Objetos pequeños, frutos secos,alimentos troceados, alimentos redondos canicas, golosinas, bolsas de plástico o envoltorios, globos de látex, monedas, botones, pilas de boton o imanes pequeños.

Ahogamiento: bañeras, cubos, baldes o piscinas pequeñas.

Atrapamientos con puertas.

Quemaduras: líquidos calientes,baños demasiado calientes, tocar superficies sólidas calientes.

Intoxicaciones: Ingestion de medicamentos, productos de limpieza, otros. Error de medicacion.

3 a 5 años

Golpes y caídas: muebles, cama, escaleras, ventanas sin protección, juegos en el exterior y parques (caídas en toboganes, columpios, o al correr por superficies irregulares) Caídas de bicicletas, patinetes o triciclos.

Cortes y heridas: esquinas de muebles, uso de tijeras escolares, manipulación de objetos de vidrio o juguetes rotos, utensilios de cocina.

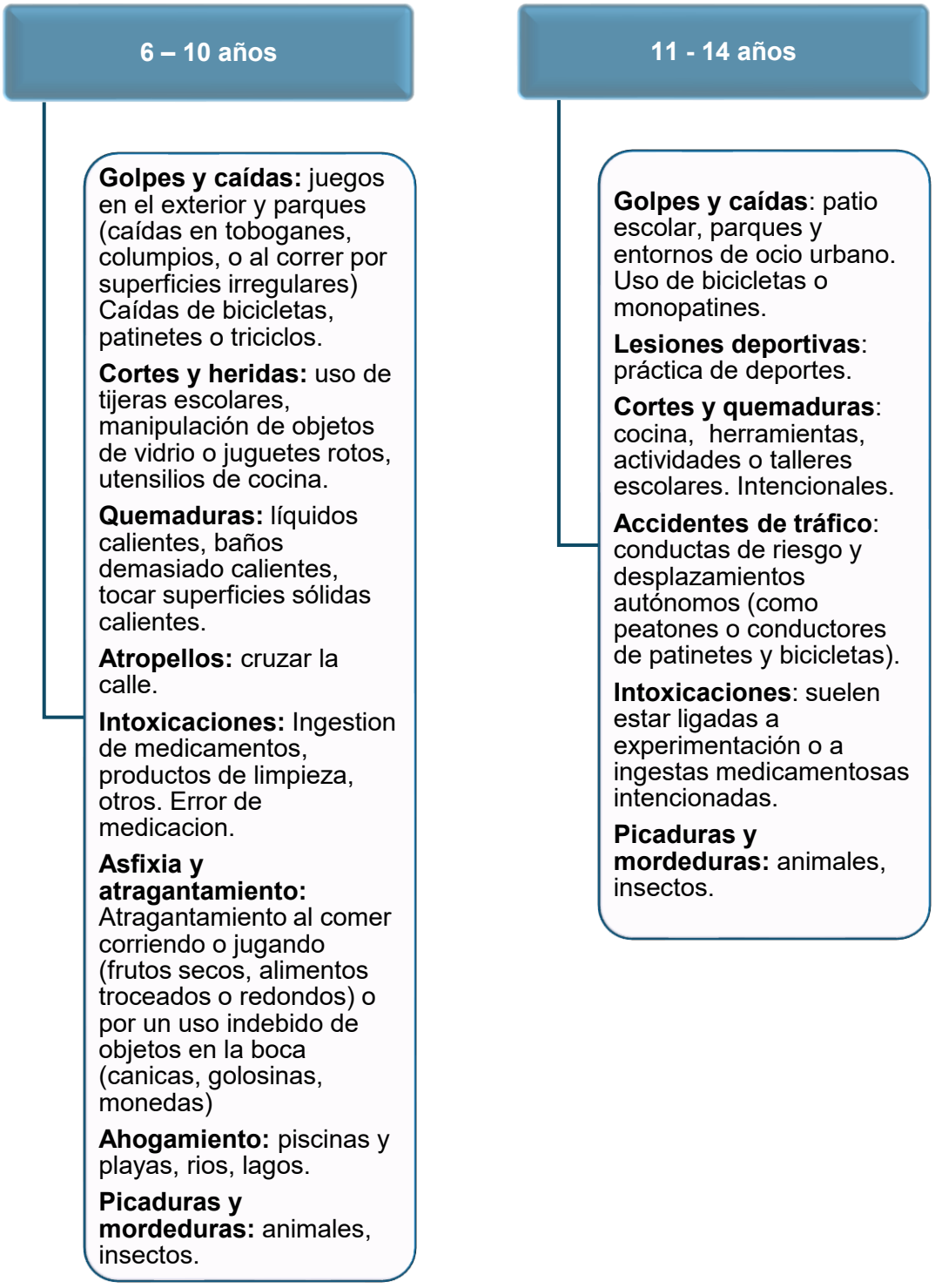
Atropellos: cruzar la calle, soltarse del adulto.

Ahogamiento: piscinas y playas, rios, lagos.

Intoxicaciones: Ingestión de medicamentos, productos de limpieza, otros, error en la administracion.

Asfixia y atragantamiento: alimentos, golosinas, piezas pequeñas de juguetes, globos desinflados o rotos, monedas y canicas, pilas de boton, imanes pequeños.

Atrapamiento con puertas.



Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

A continuación, se agrupan los accidentes más comunes según el tipo de lesión, lo que permite visualizar de forma clara dónde deben centrarse las acciones preventivas: [39,40]

CLASIFICACIÓN POR TIPO DE ACCIDENTE

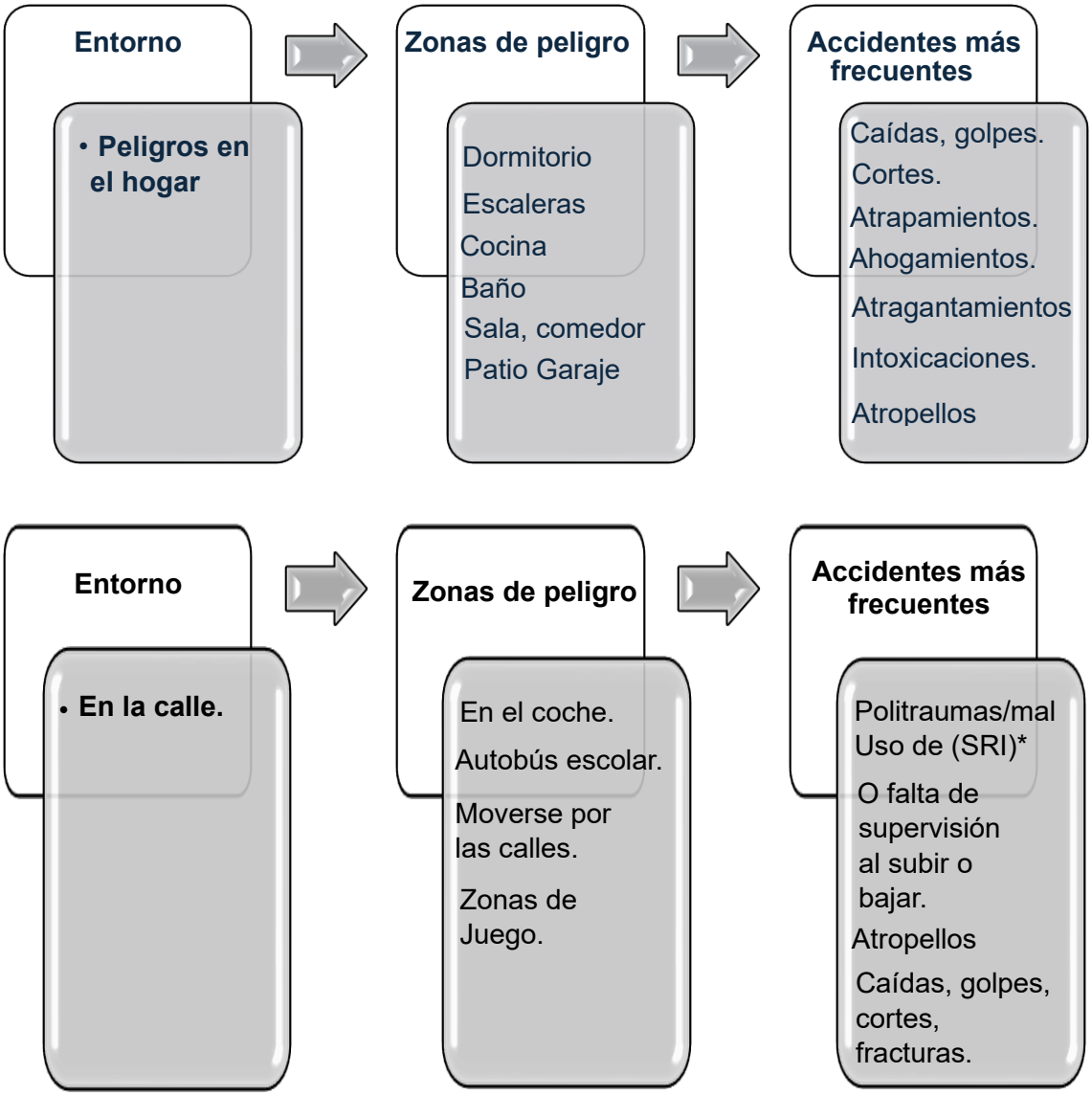
Traumatismos	Asfixia	Eléctricos Quemaduras
•**Caídas:** cambiadores, cunas, camas, muebles o escaleras, resbalones mientras juegan. •**Golpes y contusiones:** Choques directos con esquinas de muebles, puertas, animales o con otros niños. •**Cortes y heridas:** Con objetos afilados, vidrios rotos, tijeras, herramientas o bordes cortantes. •**Atrapamientos y estrangulamientos:** Puertas, barrotes de cunas, cintas, collares, cuerdas de ventanas.	•**Atragantamientos:** Alimentos (frutos secos, alimentos troceados, golosinas) u objetos pequeños (juguetes desarmables, pilas, monedas, botones). •**Sofocación:** Con bolsas de plástico, globos de látex, ropas de cama, cintas infantiles, atrapamiento en los barrotes de la cuna, barandillas. •**Ahogamiento por sumersión:** Accidentes en piscinas, playa, lagos, bañeras, cubetas.	•**Quemaduras:** Contacto directo con líquidos hirviendo (leche, agua de la bañera, café), fuego, aceites en la cocina u objetos calientes como planchas. •**Quemaduras químicas o solares:** Lesiones en piel u ojos por contacto con ácidos/álcalis, exposición prolongada al sol. •**Electrocución:** Descargas eléctricas al manipular cables pelados, introducir objetos en los tomacorrientes o aparatos eléctricos

Químicos / Biológicos	Accidentes de Tráfico
•**Intoxicaciones y envenenamientos:** Ingesta accidental de medicamentos, productos de limpieza, plantas venenosas. Ingestión intencional. Errores en la administración de medicamentos por adultos responsables del menor. •**Picaduras y mordeduras:** Ataques y picaduras de animales terrestres, marinos, insectos.	•**Como peatón:** Atropellos al cruzar la calle sin supervisión, soltarse de un adulto, salir corriendo detrás de un juguete. •**Como pasajero:** Lesiones por impactos vehiculares (no usar de forma adecuada las sillas de retención infantil o el cinturón de seguridad) •**Como conductor:** en bicicletas, patinetes.

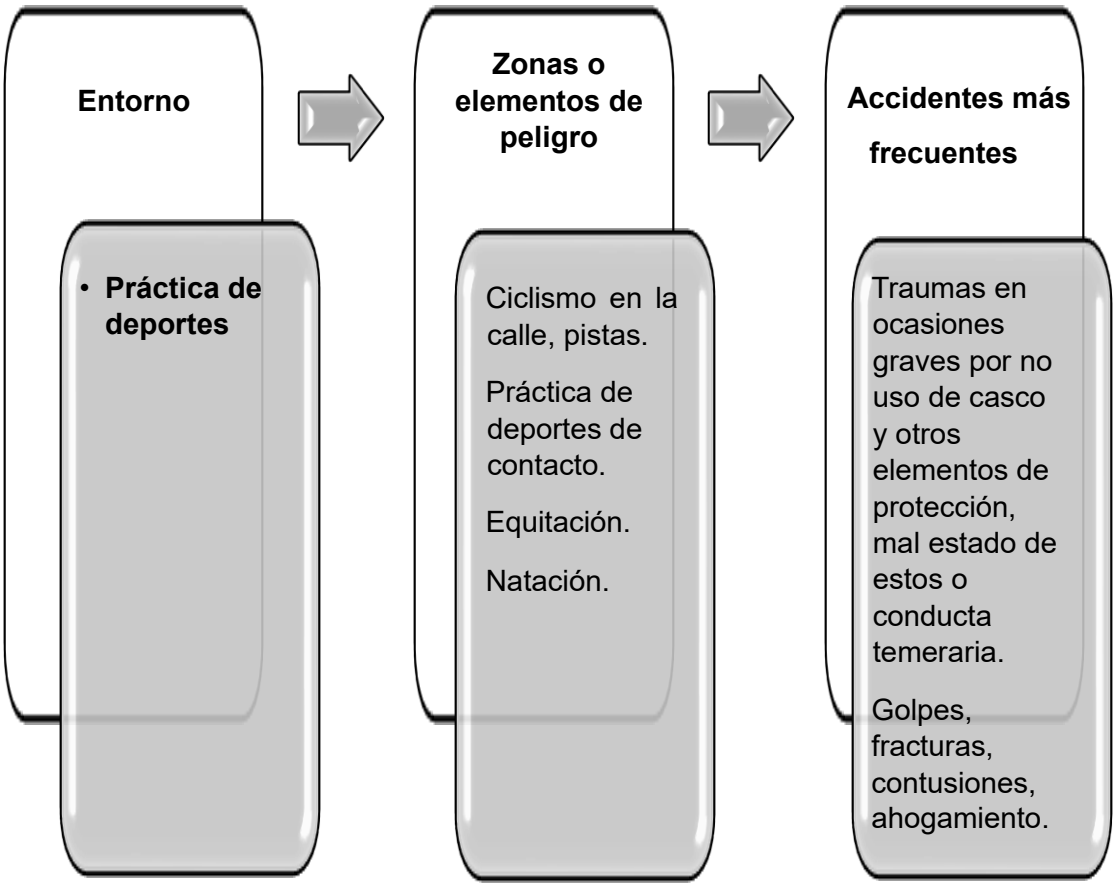
Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

Los riesgos de lesiones en la infancia varían significativamente según el espacio físico. Identificar qué peligros son más frecuentes en cada entorno es clave para diseñar estrategias de prevención efectivas: [41,42]

ACCIDENTES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL ENTORNO [41,42]



*Sistemas de retención infantil (SRI)



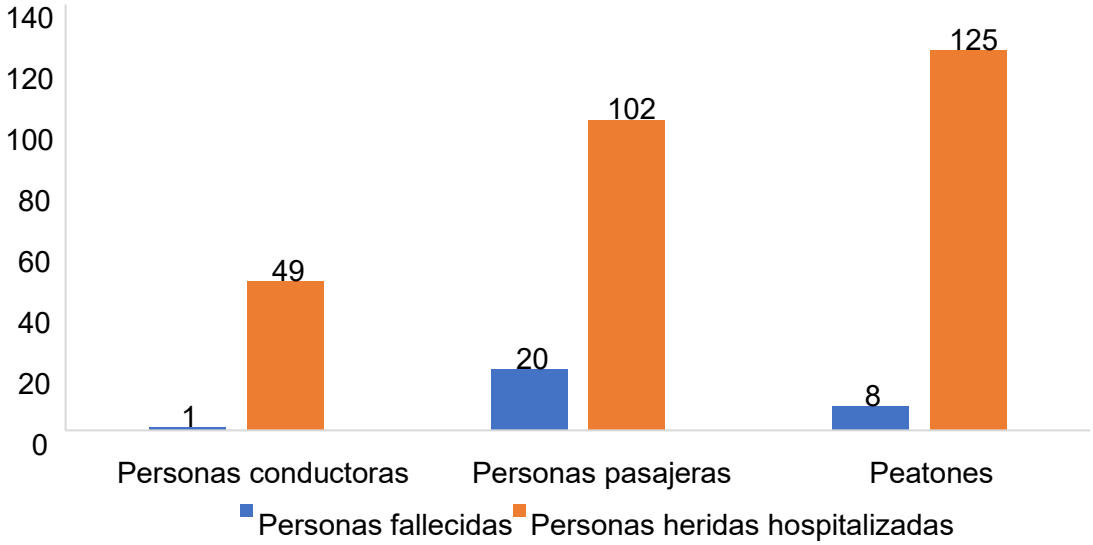
Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

ACCIDENTES DE TRAFICO

Los accidentes viales y las caídas constituyen las causas más frecuentes de lesiones no intencionadas siendo el Traumatismo Craneoencefálico (TCE) la lesión más común y principal causa de mortalidad infantil vial. Abarca desde conmociones cerebrales hasta fracturas de cráneo, y se produce frecuentemente cuando los niños no viajan sujetos de manera adecuada o en casos de atropello. [43]

"En la 21ª edición del informe "Las principales cifras de la siniestralidad vial" se muestra que el grupo de menores de 15 años registró en 2024 un total de 29 personas fallecidas, lo que supone el 2% del total. En cuanto a la lesividad, se contabilizaron 276 personas heridas hospitalizadas (3%) y 5.555 personas heridas no hospitalizadas (4%), lo que eleva la cifra de víctimas a 5.860 personas (4% del total) La distribución de las personas fallecidas menores de 15 años por tipo de usuario muestra que la mayoría eran pasajeras (20,69%), seguidas de peatones (8,28%) y en menor medida conductoras (1,3%). En el año 2024 se registraron un total de 1.785 víctimas mortales en 101.996 siniestros en toda España". [43]

Gráfico 4. Personas fallecidas y heridas hospitalizadas menores de 15 años según tipo de persona usuaria. España, 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos: Observatorio Nacional de Seguridad Vial. 2024. DGT. Ed. 21.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye una causa frecuente asistencia a consultas de pediatría y a los servicios de urgencias. Se define como una lesión de

las estructuras de la cabeza cuyo origen se debe a aplicación de una fuerza externa. [44,45]

La dimensión del TCE es muy variable, el mayor número de pacientes que concurren a los servicios de urgencias y consultas pediátricas padecen un traumatismo leve, pero en ocasiones se pueden producir lesiones de las estructuras intracraneales con una alta mortalidad o se asocian con la aparición de secuelas importantes a largo plazo.

Existen varias clasificaciones del TCE según se recoge en la bibliografía consultada, dentro de ellas tenemos según su etiopatogenia y su severidad:

Teniendo en cuenta su fisiopatología en:[44]

- Lesión cerebral primaria: Engloba las alteraciones estructurales que ocurren de manera inmediata por el impacto biomecánico/traumatismo inicial. Predominan el hallazgo de lesiones extra axiales (tales como fracturas craneales, hematomas epidurales y subdurales, hemorragia subaracnoidea, combinadas o no con lesiones microvasculares y contusiones corticales focales). Por otra parte, la lesión axonal difusa secundaria a fuerzas de cizallamiento en las estructuras neuroaxiales profundas, presenta una mayor incidencia en la población pediátrica; este subgrupo de pacientes suele cursar clínicamente con coma profundo, síndrome de hipertensión intracraneal y un pronóstico neurológico adverso a largo plazo.[44,45]
- El daño cerebral secundario abarca aquellas alteraciones que evolucionan tras el impacto inicial. Surgen debido a procesos bioquímicos complejos que desencadenan edema o hipertensión intracraneal. Entre los factores desencadenantes figuran la hipoxia, la apoptosis y el vasoespasmo isquémico, los cuales son susceptibles de prevención y manejo médico. En la población infantil, la complicación más crítica es la hipoperfusión por vasoespasmo hacia la isquemia, con un riesgo mayor a menor edad del paciente. [44,45]

La epidemiología del traumatismo craneoencefálico (TCE) en pediatría está estrechamente ligada a la edad y la autonomía motora del menor. En las consultas de atención primaria, las caídas accidentales son el motivo más frecuente en los casos leves, con una incidencia especialmente alta en lactantes y niños menores de dos años. En esta franja de edad, resulta clínico y éticamente imperativo mantener siempre un alto índice de sospecha ante la posibilidad de un traumatismo no accidental o maltrato infantil. Por otro lado, los episodios más graves suelen derivarse de accidentes de tráfico. Con el crecimiento del niño, las causas cambian de forma

evidente: entre los dos y los diez años predominan los atropellos, las caídas desde altura y los accidentes de bicicleta, mientras que la adolescencia desplaza el riesgo hacia los accidentes viales y las lesiones en el ámbito deportivo.[44-45]

Para determinar la severidad de un traumatismo craneoencefálico (TCE), uno de los instrumentos globales más confiables y accesibles es la Escala de Coma de Glasgow. Esta herramienta fue desarrollada originalmente por los neurocirujanos Graham Teasdale y Bryan Jennett en 1974.[46]

Esta escala permite evaluar el nivel de consciencia después del trauma con la medición de tres componentes: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora a los estímulos externos. En los menores de dos años se utiliza la escala de Glasgow modificada para la valoración del lenguaje. Una puntuación entre 14 - 15 acompañada de una exploración neurológica normal y sin evidencias de fractura de cráneo se considera un TCE leve, Una Glasgow entre 9-13 donde se manifiesta una alteración del estado mental, pérdida de conciencia de mayor duración, amnesia postraumática, tendencia al sueño, vómitos repetidos, cefalea mantenida o progresiva, convulsiones postraumáticas o déficit neurológico focal, se considera un TCE moderado y cuando la puntuación es menor de 9 constituye un TCE grave.[46,47]

El objetivo primordial en los servicios de urgencias de atención primaria radica en la identificación precoz de aquellos pacientes con riesgo de presentar lesiones traumáticas de relevancia clínica. Para tal fin, se implementa una estratificación basada en grupos de riesgo, determinada por la sintomatología y los hallazgos de la exploración física sistemática, conforme a las directrices de los protocolos vigentes. Aquellos pacientes catalogados bajo un perfil de riesgo intermedio requieren de monitorización clínica continua y reevaluaciones evolutivas periódicas en régimen hospitalario, lo que fundamenta su derivación obligada desde el ámbito asistencial primario hacia el segundo nivel de atención.[45]

La evaluación primaria o inicial del paciente pediátrico comprende una anamnesis dirigida y un examen físico minucioso para evaluar la integridad de los tejidos blandos epicraneales y el tejido óseo frente al impacto traumático. Se implementará sistemáticamente el algoritmo ABCDE pediátrico protocolizado para la estabilización hemodinámica y homeostática, garantizando una óptima presión de perfusión cerebral y oxigenación tisular con el fin de evitar o minimizar el daño cerebral secundario a la injuria primaria. Se debe valorar además la reactividad fotomotora y la simetría pupilar, parámetros neurofisiológicos indicativos de disfunción del III par craneal, junto con la identificación de patrones motores anómalos. Asimismo, la exploración neurológica

requiere una monitorización seriada y estructurada, priorizando la escala de coma de Glasgow debido a su valor predictivo ante la evolución tórpida de lesiones intracraneales. Estos hallazgos clínicos, integrados en los algoritmos de actuación vigentes, condicionarán de manera decisiva el criterio de derivación al ámbito hospitalario. [44,45]

Otro de los traumas que pueden ocurrir en los accidentes viales y en los accidentes del hogar son las heridas en los miembros, se deben observar la vascularización, sensibilidad, estado de la piel, lesiones de músculos y tendones, huesos y articulaciones y lesiones en lecho ungueal. La hemorragia producida por la lesión de una arteria o una vena casi siempre se puede controlar en el servicio de urgencias y atención primaria con la presión manual de la herida, elevación de la extremidad, colocación de compresas y un vendaje de tela. No se deben utilizar torniquetes a altas presiones o por tiempo prolongado.[37,42,]

Cuando ocurren heridas por arma de fuego se debe comprobar la función cardiorrespiratoria y asegurarla, controlar la hemorragia, si la hubiera, mediante taponamiento directo, reposición de la volemia, administración de analgésicos para aliviar el dolor, cubrir la herida con un apósito estéril y si la herida asienta en extremidades inmovilizar con férula, especialmente si hay fractura antes de su referencia a la atención hospitalaria.

AHOGAMIENTO, SUMERSION Y SOFOCACION ACCIDENTALES

El ahogamiento es una de las 10 principales causas de defunción de niños y jóvenes en casi todas las regiones del mundo, Cada año, en todo el mundo mueren ahogadas unas 300 000 personas.[48]

El ahogamiento es la cuarta causa de muerte más frecuente entre los niños de 1 a 4 años y la tercera entre los niños de 5 a 14 año [48]

En España, los ahogamientos no intencionales suponen una de las principales causas de mortalidad accidental en menores de 14 años. La mayoría de estos sucesos infantiles ocurren en piscinas privadas o comunitarias, y en el caso de los bebés, en bañeras y recipientes domésticos [48]

El ahogamiento “se define como el proceso de desarrollo de una insuficiencia respiratoria, asfixia, debida a la sumersión o inmersión en un medio líquido. La clasificación moderna distingue entre ahogamiento mortal (que provoca la muerte) y ahogamiento no mortal (que conlleva la supervivencia, con o sin morbilidad”) [49]

En pacientes con antecedentes de sumersión, una anamnesis exhaustiva orientada a la reconstrucción del evento resulta imperativa para guiar el abordaje clínico inicial. La fisiopatología de este cuadro comienza con un episodio de pánico que altera los patrones ventilatorios fisiológicos, desencadenando una lucha por la flotabilidad. Tras una apnea voluntaria inicial, sobreviene un esfuerzo inspiratorio involuntario debido a la hipercapnia. El contacto del fluido con las vías respiratorias superiores induce un laringoespasmo reflejo; no obstante, la hipoxia cerebral subsiguiente relaja la glotis, permitiendo la aspiración de líquido hacia el árbol bronquial inferior, lo que agrava drásticamente la hipoxemia.[49]

El enfoque clínico actual del ahogamiento unifica el tratamiento sin distinguir si ocurrió en agua dulce o salada, ya que la evolución médica es similar en ambos casos. El daño principal radica en la hipoxia severa y la alteración del surfactante pulmonar, factores que lesionan la barrera alveolocapilar desencadenando un edema pulmonar no cardiogénico y síndrome de dificultad respiratoria aguda. A nivel neurológico, las secuelas a largo plazo están directamente vinculadas al edema cerebral y al aumento de la presión intracraneal derivados de la falta de oxígeno. [49]

El enfriamiento corporal inducido por el agua actúa como un escudo protector para los tejidos celulares; no obstante, esta condición y la hipoxemia son factores que predisponen a las arritmias.[49]

Durante el ahogamiento, el sistema respiratorio, el sistema nervioso central y cardiovascular sufren un compromiso severo. A nivel pulmonar, el desarrollo de un cortocircuito o *shunt* intrapulmonar provoca alteraciones en la relación ventilación/perfusión, la pérdida de conciencia ocurre en los primeros dos minutos de inmersión, mientras que las secuelas cerebrales irreversibles comienzan a instaurarse entre los cuatro y seis minutos. Esta hipoxia e hipoperfusión cerebral global provoca una cascada patológica que incluye la liberación masiva de neurotransmisores excitotóxicos, peroxidación lipídica y la acumulación de radicales libres. Asimismo, el edema cerebral resultante genera una marcada inestabilidad autonómica que junto a la hipoxemia severa provocan afectación miocárdica, la aparición de arritmias ventriculares e hipertensión pulmonar. Cabe destacar que el daño neurológico más crítico se observa de manera casi exclusiva en pacientes que sufrieron una parada cardiorrespiratoria durante el evento.[49,50]

El ahogamiento en lactantes se presenta predominantemente en el entorno doméstico, vinculado al uso de bañeras, piscinas infantiles o contenedores de agua de pequeña capacidad. En este grupo etario, ocurren generalmente tras lapsos de

desatención inferiores a los cinco minutos. Respecto a la población infantil de mayor edad, el riesgo se concentra en las piscinas, habitualmente por deficiencias en el cerramiento de las barreras perimetrales o de seguridad. Por el contrario, en la población adolescente, este tipo de incidentes se desplaza de forma mayoritaria hacia entornos hidrológicos naturales, tales como ríos, lagos o zonas costeras. [49,50]

En los pacientes pediátricos el ahogamiento suele ocurrir de manera silenciosa y con una progresión sumamente veloz. Rara vez se observan chapoteos o movimientos corporales agitados; por el contrario, el cuadro clínico habitual se caracteriza por un breve instante de inmovilidad en la superficie que precede a un hundimiento repentino. [49,50]

Durante la reanimación, la corrección rápida de la hipoxia es la máxima prioridad para optimizar el pronóstico neurológico y la supervivencia del paciente. Por este motivo, el rescate temprano y la instauración inmediata del soporte vital básico resultan prioritarios. Asimismo, se debe abordar a este tipo de pacientes bajo el protocolo de politraumatizado, prestando especial atención a posibles lesiones craneales o de la columna vertebral, así como al riesgo de hipotermia.[49,50]

La respuesta inicial ante un ahogamiento se inicia en la misma escena del accidente, asegurando en primer lugar la seguridad del rescatista y el afectado durante la evacuación. La prioridad absoluta de la reanimación es la apertura de la vía aérea y el soporte ventilatorio rápido, dado que la hipoxia es la responsable directa de las secuelas graves o el fallecimiento en estos pacientes.[48-50]

Las intervenciones prehospitalarias tempranas tienen como objetivo limitar el daño hipóxico y optimizar los resultados, constituyendo un vínculo crucial para el posterior tratamiento hospitalario La monitorización continua del nivel de conciencia, el esfuerzo respiratorio y el pulso orienta las decisiones sobre la intensificación de las medidas de soporte.[48-50]

INGESTA-ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

La introducción involuntaria de objetos extraños en las vías aéreas y digestivas representa un desafío en la pediatría de urgencia. Aunque los incidentes por ingesta son los más prevalentes, la combinación de estos con la aspiración se posiciona como una de las causas principales de morbimortalidad infantil. Este peligro se agudiza drásticamente durante los primeros 36 meses de vida debido al desarrollo psicomotor y la exploración oral de los niños.[51,52]

Las manifestaciones clínicas varían, pueden ir desde la ausencia total de síntomas hasta situaciones críticas de riesgo vital debido al bloqueo de la vía aérea o del aparato digestivo superior. La naturaleza de estos síntomas depende directamente de tres factores clave: la edad del niño, la ubicación exacta del bloqueo y las características físicas del objeto atrapado.[50-52]

El tipo de los cuerpos extraños (CE) encontrados en la edad pediátrica exhibe una notable variabilidad, esta se encuentra relacionada a la etapa del desarrollo psicomotor; no obstante, predominan los componentes domésticos con objetos de uso cotidiano, tales como monedas, partes de juguetes de dimensiones reducidas, artículos de joyería infantil, imanes de alta potencia y pilas de botón, observándose asimismo una prevalencia condicionada geográficamente en las espinas de pescado en aquellas poblaciones con una dieta habitual rica en productos pesqueros.[51]

El espectro clínico en la población pediátrica es altamente variable. Puede cursar de forma completamente asintomática o presentarse únicamente un cuadro clínico autolimitado tras el evento. No obstante, la presentación habitual involucra una combinación de manifestaciones gastrointestinales agudas tales como disfagia, odinofagia, sialorrea, náuseas y vómitos, así como síntomas respiratorios, entre los que destacan la tos y el estridor. Pueden encontrarse además sibilancias y episodios de atragantamiento. Los menores también pueden referir dolor o sensación de opresión a nivel cervical, torácico o abdominal, acompañados de irritabilidad, rechazo alimentario, pérdida de peso, hematemesis o hematoquecia. Finalmente, la sospecha de complicaciones graves exige una evaluación rigurosa: el desarrollo de edema o crepitación cervical es altamente sugerente de perforación esofágica, mientras que el dolor severo, rigidez e hipertonía muscular involuntaria y generalizada de la pared abdominal, signo de Blumberg positivo, y la disminución o ausencia de ruidos hidroaéreos orientan hacia una perforación intestinal.[52]

Si bien la ingesta de CE se presenta mayoritariamente en pacientes pediátricos sin antecedentes patológicos, se han identificado variables anatómicas y funcionales que predisponen al desarrollo de complicaciones obstructivas. Entre tales factores de riesgo se incluyen los trastornos en la deglución, la acalasia, las estenosis luminales, la esofagitis eosinofílica y las correcciones quirúrgicas previas debidas a malformaciones congénitas del esófago.[52]

Durante la evaluación inicial y el diagnóstico de gravedad en un paciente pediátrico, es fundamental realizar una anamnesis detallada. Este interrogatorio clínico debe registrar los antecedentes patológicos, posibles alergias y la medicación habitual del

menor. En casos de sospecha por ingesta de un cuerpo extraño, resulta prioritario precisar el tiempo transcurrido desde el incidente e identificar las características del objeto, tales como su tamaño, forma y composición. Dentro de estos escenarios, las pilas de botón representan una emergencia crítica; incluso si se consideran "agotadas", su impacto en el esófago puede generar necrosis por presión, descargas eléctricas locales y quemaduras cáusticas severas derivadas de la liberación de radicales hidróxido.[52]

Durante la exploración, resulta fundamental valorar el Triángulo de Evaluación Pediátrico (TEP). Asimismo, se debe extremar la precaución al manipular al paciente pediátrico, ya que la agitación, los cambios posturales o cualquier intervención clínica pueden desencadenar un rápido empeoramiento de su estado. Se realizará el traslado a servicios hospitalarios de ser necesario para realizar complementarios o la extracción si del CE.

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

En la población pediátrica, especialmente en los niños menores de 5 años, la aspiración de un cuerpo extraño constituye una emergencia. La naturaleza variable de su sintomatología suele entorpecer la detección temprana, empeorando el pronóstico y elevando los índices de morbilidad y mortalidad infantil.[53,54]

Se define como la entrada accidental de un objeto sólido, semisólido o líquido en la laringe, tráquea o árbol bronquial, con la consecuente obstrucción parcial o total de la vía aérea y la generación de una respuesta inflamatoria local que puede perpetuarse incluso tras la extracción del cuerpo extraño. [55]

De acuerdo con la evidencia científica actual, las consecuencias de la aspiración de un cuerpo extraño (ACE) están directamente vinculadas con el tiempo de evolución, el tamaño del objeto, su localización y su composición. Los elementos inorgánicos rígidos o los orgánicos (especialmente los frutos secos) suelen causar daños variables, pero los objetos deformables como los globos representan el mayor peligro debido a su capacidad para amoldarse a la vía aérea y ocluirla por completo. Clínicamente, una obstrucción total a nivel de la laringe o la tráquea desencadena hipoxia severa y riesgo inminente de paro cardiorrespiratorio, lo que constituye una emergencia médica. Por el contrario, los objetos que se alojan en las ramas bronquiales más pequeñas tienden a provocar obstrucciones parciales, manifestándose a través de cuadros subagudos o crónicos que con frecuencia se confunden con otras enfermedades respiratorias.[55]

El cuadro clínico de ACE se divide en tres etapas. Inicialmente, la fase aguda se manifiesta mediante episodios repentinos de tos, cianosis, estridor y dificultad respiratoria severa; si la obstrucción se sitúa en el área laringotraqueal, puede acompañarse de afonía o disfonía, además de emesis por estimulación del nervio vago. Posteriormente, si el objeto se aloja en un bronquio de menor diámetro, los síntomas se atenúan temporalmente, dando lugar a un periodo asintomático que puede prolongarse por horas o semanas. Finalmente, en la fase tardía, la falta de una detección temprana suele enmascarar el cuadro y simular patologías como neumonías recurrentes, asma refractaria o bronquitis crónica. Por este motivo, la ACE debe ser considerada sistemáticamente en el diagnóstico diferencial de pacientes pediátricos con sintomatología respiratoria persistente, aun cuando los cuidadores no hayan presenciado el evento clínico inicial. [53-55]

El complejo sintomático clásico, definido por el antecedente de sofocación o tos súbita, sibilancias y disminución generalizada del murmullo vesicular, muestra una baja sensibilidad, pero posee un alto valor predictivo de confirmación dada su elevada especificidad. [53-55]

Ante la sospecha de localización en vía aérea superior: [53-56]

Las dos técnicas principales son la maniobra de desobstrucción para bebés y niños/as pequeños/as y la maniobra de compresión abdominal (Heimlich) en niños mayores.

1. Maniobra para bebés y niños pequeños:

- Coloca al niño/a boca abajo sobre tu antebrazo, sosteniendo su cabeza y mandíbula con tu mano.

- Golpea firmemente entre los omóplatos del niño/a con la palma de tu otra mano 5 veces.



Fuente: Elaboración propia Golpes Interescapulares**.** Basada en la revisión bibliografía.

- Si el objeto extraño no se expulsa, voltea al niño/a sobre su espalda y realiza cinco compresiones torácicas (comprimir con los dedos pulgares abrasando el tórax) en el centro del pecho, justo debajo de la línea de las axilas.



Fuente: Elaboración propia. Compresiones Torácicas. Basada en la revisión bibliografía

– Repite estos ciclos hasta que el objeto sea expulsado o llegue la asistencia sanitaria.

2. Maniobra de compresión abdominal en niños mayores:

- Coloca al niño/a de pie o sentado.

- Cinco golpes en la espalda alternando con cinco compresiones abdominales.



Fuente: Elaboración propia. Golpes Espalda**.** Basada en la revisión bibliografía

- Colócate detrás del niño/a y coloca tu puño justo por encima del ombligo del niño
- Agarra tu puño con tu otra mano y realiza movimientos rápidos y firmes hacia adentro y hacia arriba al menos 5 veces.
- Repite hasta que el objeto sea expulsado.



Fuente: Elaboración propia. Compresiones Abdominales (Maniobra De Heimlich). Basada en la revisión bibliografía.

Fuente de imágenes: Propias de la autora.

– Obstrucción incompleta: Paciente pediátrico consciente con tos efectiva. Se debe administrar oxígeno, mantener en posición cómoda y fomentar la tos. Está prohibido extraer el cuerpo extraño o hacer exploraciones profundas. Vigilar de cerca por si expulsa el objeto, la tos empeora, deja de respirar o pierde el conocimiento. [52-56]

Si el niño pierde la consciencia (en todas las edades) [52-56]

1. Llame a emergencias (112) inmediatamente. Notifique. Deje “alta voz” o manos libres.
2. Acueste al niño con cuidado en una superficie plana.
3. Abra la vía aérea (frente-mentón) y revisa la boca; si el objeto es visible, extráelo.
4. Inicia las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

En las consultas de puericultura se debe educar y proporcionar a los padres y cuidadores los conocimientos y materiales gráficos sobre las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, así como la conducta ante una aspiración de cuerpo extraño u otros accidentes, realizando a través de talleres y encuentros grupales demostraciones prácticas sobre el tema.

Cada año desafortunadamente con mayor frecuencia durante el verano algún niño/a o bebe fallece como consecuencia de quedar encerrado por olvido dentro del coche, la muerte ocurre por hipertermia. Es el denominado “síndrome del bebé olvidado”[57]

Estados Unidos concluye 2025 con una reducción en las muertes infantiles causadas por el calor extremo dentro de vehículos, pero sin lograr erradicar una de las tragedias más evitables de la seguridad infantil. Al menos 31 niños murieron durante el año 2025 por golpes de calor en autos (autos calientes) según los registros del portal Kids and Car Safety, una cifra inferior a las 41 muertes registradas en 2024, pero aun dolorosamente cercana al promedio histórico. [57-59]

Desde que se inició el seguimiento sistemático en 1998, un promedio de casi 40 niños menores de 15 años muere cada año en Estados Unidos por insolación vehicular. El descenso observado en 2025 no representa un punto de inflexión definitivo, sino una variación dentro de una curva que se mantiene estable desde hace décadas. [57-59]

El análisis de Jan Null, meteorólogo certificado y principal investigador del fenómeno para la Universidad Estatal de San José, indica que en más de la mitad de los casos

el niño fue olvidado dentro del vehículo por un padre o cuidador, generalmente debido a cambios en la rutina o lapsos de memoria asociados al estrés cotidiano.[57]

Dentro del territorio español, los accidentes por caídas representan el tipo de lesión involuntaria más común en la población infantil menor de 14 años, superando notablemente a las quemaduras y a las intoxicaciones. Si bien es cierto que gran parte de estas lesiones no derivan en consecuencias de gravedad, este factor se mantiene como una de las principales causas de mortalidad accidental en la Unión Europea para el rango de edad de 0 a 19 años. Asimismo, los niños menores de un año muestran una mayor vulnerabilidad, ya que el desarrollo de su autonomía y su curiosidad los exponen a un mayor riesgo de caer.[60]

Los accidentes infantiles por caídas cambian notablemente según la etapa de desarrollo del menor. Durante los primeros dos años de vida, los incidentes suelen ocurrir por descuidos en superficies elevadas como muebles o al ser sostenidos por adultos. Posteriormente, en la etapa preescolar, los riesgos se trasladan a estructuras como escaleras, zonas de juego o ventanas. Finalmente, en la adolescencia, el peligro está vinculado a actividades físicas, deportes o conductas de riesgo en exteriores.[8,60]

.

OTROS ACCIDENTES MENOS FRECUENTES.

- QUEMADURAS.

Las lesiones por quemaduras en la infancia representan un desafío para los sistemas sanitarios, no solo por su frecuencia, sino por el profundo impacto funcional, estético y emocional que pueden ocasionar a largo plazo. El abordaje de estos pacientes exige una estrategia integral centrada en el entorno familiar, donde el manejo inmediato y oportuno por parte del médico puericultor-pediatra en urgencias se convierte en el eje motor de toda la atención multidisciplinaria posterior. [61,62]

Las quemaduras representan una grave crisis sanitaria global que cobra la vida de unas 180.000 personas cada año, afectando de manera desproporcionada a las naciones con recursos económicos bajos y medianos, donde se concentra la mayor parte de los decesos (con dos tercios de estos ocurriendo en las zonas de África y Asia Sudoriental según la OMS) representan el cuarto motivo más común de traumatismos en niños siendo especialmente vulnerables los menores de dos años por su dependencia y mayor exposición doméstica. [62]

Según la Organización Mundial de la Salud una “quemadura es una lesión en la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o debida a la radiación, la radiactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con sustancias químicas” [62]. Las quemaduras térmicas (provocadas por el calor) se producen cuando algunas o todas las células de la piel u otros tejidos son destruidas por líquidos calientes (escaldaduras) sólidos calientes (quemaduras por contacto) o llamas (quemaduras por llamas). [62]

El riesgo y la gravedad de una quemadura dependen de la extensión de la piel afectada, lo que eleva el peligro de muerte o las complicaciones. Asimismo, su ubicación, la temperatura de la fuente y el tiempo de exposición actúan simultáneamente para empeorar el pronóstico de la lesión.

Lesiones térmicas

La gran mayoría de los accidentes por quemaduras en la población infantil se deben a fuentes térmicas, cuya gravedad está directamente relacionada con el nivel de calor y el tiempo de exposición. En menores de cinco años, los incidentes provocados por líquidos calientes o escaldaduras son los más habituales, estos suelen generar afecciones superficiales, pero de gran extensión. Por el contrario, el contacto con sólidos calientes tiende a producir daños más profundos y focalizados. Asimismo, elementos como el fuego directo, líquidos o sustancias inflamables, gases o el humo son detonantes comunes de este tipo de traumas, mientras que las lesiones por congelación extrema resultan sumamente raras en niños.[62,63]

A pesar de que las quemaduras de origen eléctrico constituyen un porcentaje menor al 5 % del total de casos, su tasa de mortalidad es significativamente alta.[63] En el ámbito pediátrico, los niños de corta edad son los más vulnerables debido a accidentes domésticos con electrodomésticos en mal estado, cables expuestos o enchufes defectuosos. El alcance y la gravedad del daño están definidos por el voltaje, el amperaje, la trayectoria de la corriente a través del organismo, el tipo de flujo eléctrico y el tiempo de exposición. Aunque la corriente se desplaza con facilidad por tejidos de baja resistencia como vasos sanguíneos y nervios, los daños internos suelen ser masivos e invisibles, lo que vuelve sumamente compleja la terapia de reanimación. Entre sus complicaciones más graves se encuentran la rabdomiólisis, la insuficiencia renal aguda, las arritmias severas, el paro cardíaco en asistolia y la necesidad frecuente de amputaciones debido a la destrucción tisular profunda.[63]

Las quemaduras químicas, generalmente ocasionadas por productos de limpieza, constituyen cerca del 3 % de los casos y se producen predominantemente en el ámbito domiciliario durante la edad pediátrica. A pesar de una presentación clínica similar, el daño tisular difiere según el agente causal, lo que justifica su clasificación clásica entre ácidos y álcalis; de este modo, los ácidos inducen desnaturalización proteica y una necrosis circunscrita de evolución autolimitada, en contraste con los álcalis, que provocan una necrosis tisular por licuefacción progresiva, alcanzan una mayor profundidad y un efecto lesivo prolongado. [63] En general son muy graves y con una alta morbilidad, sobre todo funcional y estética. [63,64]

Las quemaduras por radiación en la infancia son las producidas fundamentalmente por los rayos ultravioleta tras las exposiciones solares o por radiaciones ionizantes. [63,64]

El maltrato infantil constituye otra causa de lesiones térmicas, manifestándose con mayor frecuencia en pacientes menores de tres años. En estos escenarios, las sospechas clínicas suelen surgir a partir de la incongruencia en el relato del historial médico o por la morfología de la herida. Aunque las escaldaduras por inmersión forzada en líquidos calientes representan el patrón de abuso térmico más común, también es habitual identificar lesiones circulares y de tamaño reducido compatibles con quemaduras por cigarrillo.[65]

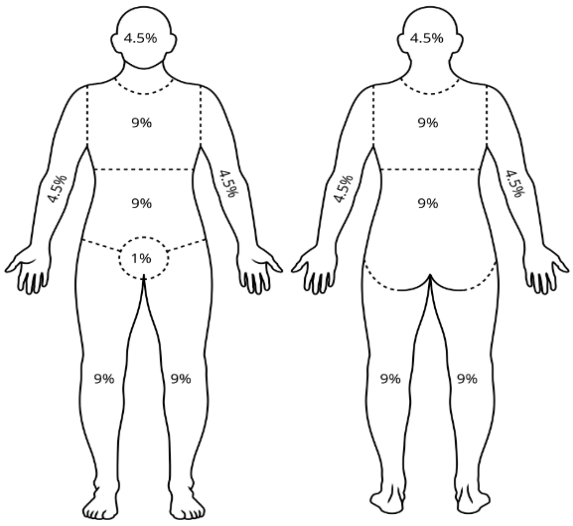
La clasificación actual de las lesiones por quemaduras se fundamenta en un análisis multifactorial que integra el potencial de curación y la necesidad de intervención quirúrgica; variables cuya correlación determina el grado de la quemadura y el pronóstico del cuadro clínico. Teniendo en cuenta lo anterior, las quemaduras pueden clasificarse de «espesor parcial» y de «espesor total». Las quemaduras superficiales (primer grado) afectan la epidermis, de espesor parcial superficial (segundo grado superficial) circunscriben el daño a la epidermis y a la dermis papilar. Al preservar la integridad de la mayoría de los anexos cutáneos, la tasa de reepitelización es óptima, logrando la resolución en un periodo de 10 a 14 días con un riesgo mínimo de secuelas cicatriciales. Por el contrario, en las lesiones de espesor parcial profundo (segundo grado profundo), la injuria se extiende hacia la dermis reticular, comprometiendo las estructuras anexiales. Esto ralentiza la regeneración epitelial (requiriendo habitualmente de 3 a 6 semanas) e incrementa de forma significativa la incidencia de cicatrices hipertróficas. [61-66]

Por su parte, las quemaduras de espesor total (tercer grado) se caracterizan por la destrucción y necrosis de todos los estratos dérmicos. Al carecer de potencial de

autorregeneración por la pérdida completa de los anexos, estas lesiones precisan desbridamiento y abordaje quirúrgico temprano. Finalmente, el término cuarto grado se reserva para los traumatismos térmicos más severos, en los cuales el daño sobrepasa la barrera cutánea e involucra el tejido celular subcutáneo, así como estructuras subyacentes que incluyen vasos sanguíneos, trayectos nerviosos, tejido muscular y elementos osteoarticulares. [61-66]

Evaluar la gravedad y el pronóstico de una quemadura requiere analizar tanto su profundidad como la superficie corporal total afectada (SCT). En la práctica clínica, especialmente en el ámbito pediátrico, los tres métodos más utilizados para calcular esta extensión son: La regla de la palma de la mano (Regla del 1%) que consiste en utilizar la palma del propio paciente (con los dedos juntos) como equivalente al 1% de su superficie corporal. Es ideal para quemaduras pequeñas, irregulares o dispersas a cualquier edad. La regla de los 9 de Wallace que divide el cuerpo en sectores con valores múltiplos de 9. Aunque es muy útil en adultos, carece de precisión en niños debido a que sus proporciones anatómicas cambian constantemente durante el crecimiento y la tabla de Lund y Browder que constituye el modelo de referencia más recomendado en pediatría. Su diseño ajusta los porcentajes según la edad del menor, lo que garantiza una medición exacta en situaciones de quemaduras múltiples o muy extensas.[64]

Regla de los nueve de Wallace para el cálculo de la superficie corporal quemada.



Tomado de: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Wallace_Rule_of_Nines.svg. Disponible bajo la licencia Dedicación de Dominio Público CC0 1.0

Tabla de estimación de Superficie Corporal Quemada (Lund y Browder) [61-66]

Región Anatómica	Menor 1 año	1 año	5 años	10 años	15 años
Cabeza (anterior o posterior)	9.5%	8.5%	6.5%	5.5%	4.5%
Cuello (Anterior / Posterior)	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
Tronco Anterior (Tórax y Abdomen)	13.0%	13.0%	13.0%	13.0%	13.0%
Tronco Posterior (Espalda y Glúteos)	13.0%	13.0%	13.0%	13.0%	13.0%
Periné/ Genitales	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
Brazo (Anterior/ Posterior)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Antebrazo (Anterior/ Posterior)	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Mano (Palma/ Dorso)	1.25%	1.25%	1.25%	1.25%	1.25%
Muslo (anterior o posterior)	2.75%	3.25%	4.0%	4.25%	4.5%
Pierna (anterior o posterior)	2.5%	2.5%	2.75%	3.0%	3.25%
Pie (Planta / Dorso)	1.75%	1.75%	1.75%	1.75%	1.75%

-Fuente: Elaboración propia**.** Tabla adaptada de los criterios Universales de Lund y Browder para la evaluación de quemaduras. Contenido de dominio público. Basada en la revisión bibliografía.

El tratamiento inicial de una quemadura comienza en el mismo sitio del accidente, donde es fundamental comprobar que el entorno es seguro y reconocer que causó la lesión antes de aplicar la regla básica de actuación: asegurar el área para no correr riesgos (proteger), llamar a emergencias (avisar) y brindar la ayuda necesaria a la víctima (socorrer)

Ante un escenario de urgencia por quemaduras en un paciente pediátrico, el médico debe priorizar la estabilización médica inmediata sobre la propia lesión cutánea. Por lo tanto, la primera intervención radica en identificar y tratar los fallos sistémicos graves (como la obstrucción de la vía aérea o el shock circulatorio). Para lograrlo de forma estructurada, el protocolo estándar exige iniciar la atención mediante el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), seguido inmediatamente por la revisión sistemática del algoritmo ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad neurológica, exposición, iniciando secuencia de reanimación cardiopulmonar si fuera necesario) [45,48,66]

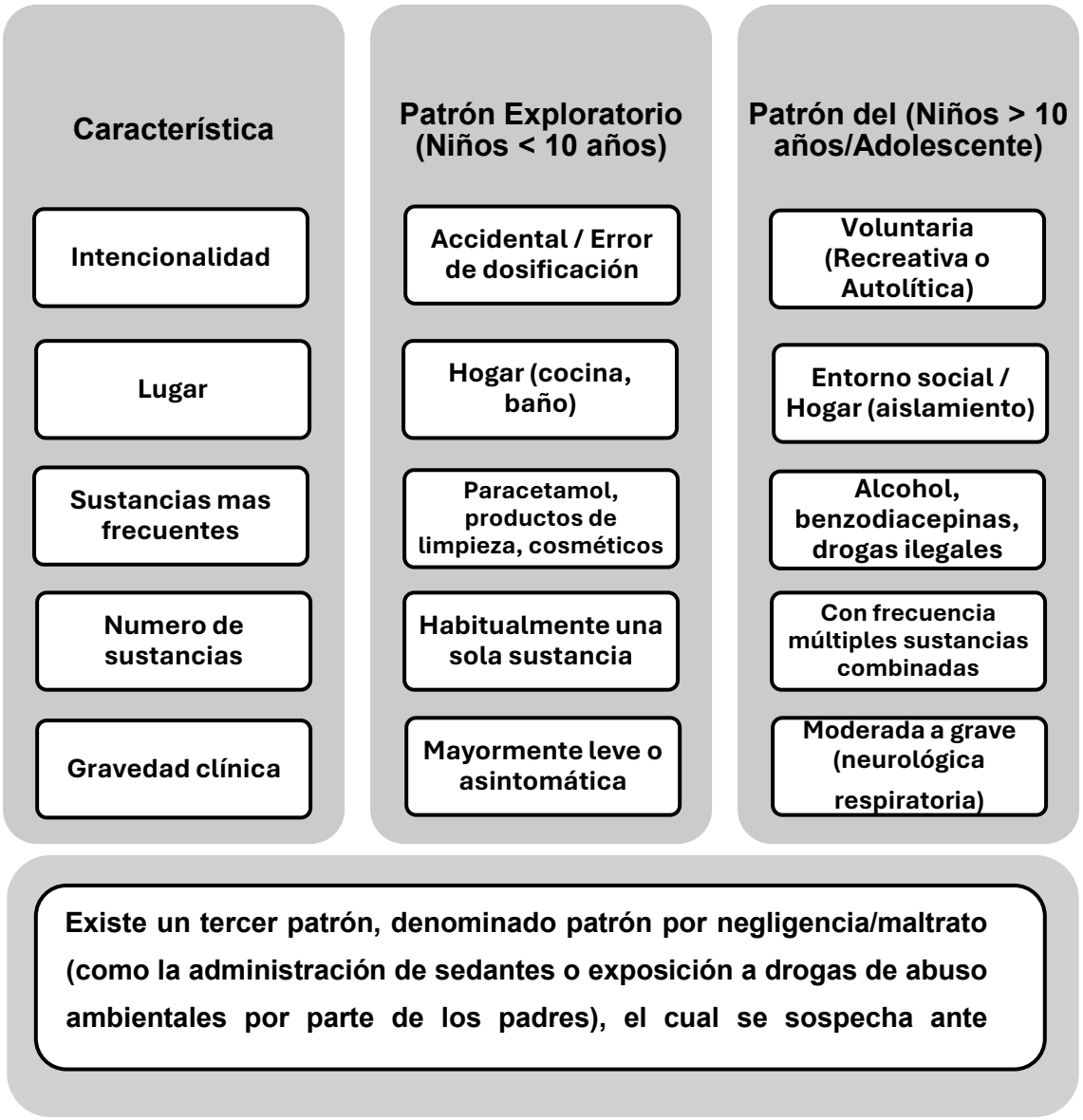
- INTOXICACIONES.

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizados a los años 2025 y 2026, las intoxicaciones y envenenamientos accidentales representan una de las principales amenazas para la salud pública infantil, afectando de manera desproporcionada a los menores de 5 años debido a su vulnerabilidad física y conductas exploratorias.[67]

Las intoxicaciones en la infancia representan un reto global para la salud pública. Anualmente, un número elevado de menores acuden a urgencias debido a la ingesta accidental de sustancias del hogar o fármacos, incidentes que en gran medida podrían evitarse. Específicamente en España, este motivo representa entre el 0,2% y el 0,3% de las urgencias pediátricas, siendo más de la mitad de carácter accidental. El riesgo se concentra en los primeros años de vida debido al comportamiento exploratorio natural de los niños. Además, las estadísticas nacionales señalan que el entorno doméstico es el escenario de más del 90% de estos casos accidentales, donde los productos de limpieza y mantenimiento doméstico constituyen la segunda causa más frecuente, superados únicamente por los medicamentos.[68,69]

La consulta por sospecha de intoxicación en el paciente pediátrico engloba una gran diversidad de situaciones. [68,69]

PRINCIPALES PATRONES DE EXPOSICIÓN A TÓXICOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA. [68,69]



Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

De acuerdo con un estudio sobre la disponibilidad de medicamentos altamente tóxicos en España, “se han clasificado siete grandes grupos de fármacos con un perfil de peligrosidad elevado: analgésicos, psicofármacos, preparados cardiovasculares, antimicrobianos, productos de uso tópico, tratamientos respiratorios y una categoría miscelánea que incluye entre otros compuestos de hierro e hipoglucemiantes orales. La investigación evaluó un total de 66 sustancias (entre medicamentos y productos no sanitarios), concluyendo que el 78,8% representa un riesgo extremo para la

población infantil, ya que dosis mínimas pueden resultar letales en un lactante de 10 kg. Los autores destacan que 29 de estos principios activos alcanzan un nivel de toxicidad crítico con la ingesta de una sola unidad".[70]

Es fundamental detallar la sustancia involucrada, su presentación, la dosis estimada (preferiblemente la máxima posible), la vía de exposición y el motivo de la intoxicación. En casos de ingesta accidental, se debe indagar sobre el lugar donde se encontraba el tóxico, el tiempo transcurrido desde el contacto, y si se han aplicado medidas iniciales como provocar el vómito o administrar líquidos. También es importante registrar los síntomas observados, así como los antecedentes médicos relevantes: enfermedades crónicas, alergias y episodios previos de características similares.

La evaluación inicial del paciente pediátrico con sospecha de intoxicación exige una exploración física exhaustiva, enfocada en la monitorización cardiovascular y neurológica para la detección precoz de signos de alarma. En los casos de ingesta intencionada, conducta autolesiva o exposición a sustancias desconocidas, la anamnesis suele ser poco fiable por lo que se debe considerar siempre la exposición como potencialmente tóxica.[71]

El Grupo de Trabajo en Intoxicaciones de SEUP ha creado TOXSEUP, una WebApp de acceso gratuito y con información clave para determinar el riesgo (incluida la dosis tóxica de los diferentes fármacos) y que sirve de guía de manejo cuando nos encontramos ante un paciente con una ingesta medicamentosa. Está accesible en http://www.toxseup.org [71]

Se debe facilitar como parte de la educación preventiva en la consulta de puericultura las medidas inmediatas y cuidados iniciales ante una intoxicación, los padres o cuidadores deben de conocer los teléfonos de urgencias y del servicio de información toxicológica con atención las 24 horas del día (91 562 04 20)

El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) dispone del Servicio de Información Toxicológica (SIT), para los profesionales sanitarios existe una línea específica llamando al 91 411 26 76.

De acuerdo con la literatura científica consultada, la catalogación de una ingesta como no tóxica o de bajo impacto clínico exige el cumplimiento simultáneo de varios criterios.[52,72,73] En primer lugar, se debe identificar con total certeza el producto y su dosis exacta, garantizando que el compuesto carezca de advertencias de peligro en su etiqueta y posea una toxicidad mínima. En el plano clínico, el paciente debe permanecer completamente libre de síntomas tras una exposición accidental, de cuantía limitada y por una vía que no comprometa el sistema respiratorio. Por último, resulta indispensable descartar cualquier factor de vulnerabilidad social, tales como conductas autolíticas, negligencia en el cuidado o abuso de sustancias.

El manejo inicial del paciente pediátrico intoxicado por el médico puericultor-pediatra en urgencias requiere una intervención protocolizada y rápida, cuyo objetivo primario es la monitorización y estabilización clínica. La aplicación sistemática del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), en combinación con el algoritmo ABCDE (vía aérea, ventilación, circulación, déficit neurológico y exposición), resulta imprescindible para estratificar la gravedad e identificar de forma precoz a los pacientes con inestabilidad hemodinámica. Por su parte, la anamnesis dirigida y una exploración física minuciosa permiten prever el riesgo de toxicidad en pacientes inicialmente estables.[53, 54,74]

En la población infantil, cobra especial relevancia la monitorización ante la potencial ingesta de sustancias toxicas de alta letalidad a bajas dosis. Aunque el eje fundamental de la terapéutica se basa en las medidas de soporte y el tratamiento sintomático, se debe evaluar de forma individualizada la pertinencia de medidas toxicológicas específicas. Dado que la eficacia de estas intervenciones suele ser tiempo-dependiente, resulta crítico optimizar la toma de decisiones clínicas para reducir la ventana de latencia terapéutica e iniciar el tratamiento de manera inmediata.[72-74]

La descontaminación gastrointestinal con carbón activado se mantiene como el procedimiento de elección en intoxicaciones agudas. Por lo general, su efectividad óptima se alcanza si se administra dentro de la primera hora posterior a la exposición de compuestos absorbibles con toxicidad clínica significativa, condicionado siempre a la protección de la vía aérea y a la ausencia de contraindicaciones absolutas.[72] No obstante, el margen temporal puede ampliarse más allá de los sesenta minutos en aquellos pacientes que hayan ingerido sustancias de liberación prolongada o fármacos que ralentizan el vaciado gástrico, tales como la aspirina, los antidepresivos tricíclicos, los narcóticos y los agentes anticolinérgicos. [52,72,73]

La técnica de descontaminación gastrointestinal recomendada es la administración del carbón activado (CA), restrictivo únicamente a tóxicos o xenobióticos con capacidad de adherirse a su superficie.[74] Por tanto, la literatura desaconseja su aplicación si la intoxicación involucra compuestos de nula adsorción; dentro de esta categoría se encuentran agentes como los hidrocarburos, compuestos corrosivos, alcoholes, plaguicidas, metales pesados (plomo, mercurio, arsénico, talio) e iones como el litio, hierro, sodio o potasio. Respecto a su administración, se pauta una dosis oral de 1 g/kg de peso (sin superar los 50 g totales), siendo el periodo inmediato a la ingesta (dentro de los primeros 60 minutos) cuando se alcanza su mayor rendimiento terapéutico. No obstante, el beneficio clínico se prolonga hasta las 6 horas ante fármacos que retrasen el vaciado gástrico, reduzcan la motilidad o posean mecanismos de liberación sostenida. Finalmente, para mejorar la tolerancia del paciente, la suspensión del compuesto puede prepararse empleando agua, zumos o refrescos de cola, evitando derivados lácteos. [72,74]

ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE INTOXICADO [67,72-74]

Identificación de alteraciones	Evaluación	Acciones inmediatas
A- Via aerea	- Comprobar permeabilidad de la vía aérea (obstrucción por la propia lengua o por secreciones vómitos)	- Valorar necesidad de aspirar cavidad oral. - Abrir via aerea. - Colocar cánula Guedel si el paciente está inconsciente y no tiene reflejo nauseoso. - Evaluar la necesidad de intubacion. - Control cervical si hay si hay traumatismo asociado
B. Respiración	- Valorar frecuencia respiratoria. - Observar la simetría de los movimientos torácicos. - Monitorizar la saturación de oxígeno	- Inicio de soporte ventilatorio: Oxígeno suplementario de alto flujo mediante mascarilla con reservorio ($SatO_2$) por encima del 94% (o 100% si se sospecha intoxicación por monóxido de carbono) - Utilizar ventilación asistida si necesario.

C. Circulación	- Monitoreo y soporte del estado hemodinámico y de la perfusión tisular. - Evaluación frecuencia cardiaca, ritmo, pulso, llenado capilar y el estado de la piel (pálida, sudorosa, cianótica).	- Canalizar dos vías venosas periféricas - Iniciar fluidoterapia con cristaloides (Suero Salino Fisiológico 10 - 20 ml/Kg/si shock - Monitoreo cardíaco EKG para diagnostico, control y tratamiento de las arritmias.
D. Neurológico	- Aplicar la escala de Glasgow o el método AVDI (Alerta, Respuesta a Voz, Respuesta a Dolor, Inconsciente) - Examinar el tamaño y reactividad de las pupilas	- Detectar y tratar la hipoglucemia. - Valorar Nalaxona si opiaceos o toxicos desconocidos con depresion neurologica o respiratoria. - Tratar las convulsiones y la agitacion (Benzodiacepinas)
E. Exposición y Control Ambiental	- Descontaminación externa. - Via de entrada cutanea: Retirar ropa del paciente. - Vía de entrada oftálmica: Descontaminación de los ojos mediante lavado. - Vía de entrada pulmonar: Evacuación. - Vía de entrada parenteral: En zonas de picadura o mordedura no manipular. - Vía de entrada digestiva: descontaminación digestiva	- Descontaminación dérmica (el personal de salud debe usar equipo de protección adecuado para evitar la contaminación secundaria) - Control de la temperatura (hipotermia o hipertermia) - Tratamiento de las lesiones externas concomitantes.

Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

El uso de otros tratamientos es excepcional y obliga siempre a valorar el riesgo - Beneficio. [72-74]

El lavado intestinal destaca como una estrategia de descontaminación reservada para escenarios clínicos particulares, cuyo propósito es acelerar la expulsión rectal de sustancias o toxinas limitando así su biodisponibilidad sistémica. Esta intervención se prescribe ante emergencias graves, incluyendo la retención de cuerpos extraños como baterías o paquetes de drogas que pueden ocasionar una obstrucción mecánica, sobredosis por medicamentos con cubierta entérica o de liberación sostenida, y metales o compuestos químicos que no se adhieren al carbón activado, como el plomo, el arsénico o el paraquat. Para su ejecución, se suministran dosis elevadas de polietilenglicol por vía oral o nasogástrica. [72-74]

El manejo inicial de las intoxicaciones dérmicas y oculares demanda una irrigación profusa e inmediata que se extienda por 15 minutos. Ante agentes corrosivos, este procedimiento pasa a ser una urgencia absoluta que se ejecuta simultáneamente a la evaluación ABCDE. Asimismo, el abordaje de la intoxicación por salicilatos de compromiso moderado a crítico recurre a la manipulación del pH urinario (elevación) para favorecer su eliminación; este manejo médico se limita a los enfermos que no presentan una indicación de soporte renal extracorpóreo, como hemoperfusión o hemodiálisis.[74]

Las terapias de soporte extracorpóreo incluyendo la hemodiálisis, hemoperfusión y hemofiltración se restringen a situaciones de gravedad extrema, fundamentalmente ante cuadros severos de intoxicación por agentes como el litio, salicilatos, metformina, teofilina, valproato, alcoholes tóxicos, talio o determinados anticonvulsivantes. [74]

En los casos de toxicidad por vía inhalatoria, la incorporación sistémica del toxico se interrumpe de forma inmediata al evacuar al paciente de la atmósfera contaminada (exposición a gases, humos o vapores). Por consiguiente, no se requieren procedimientos adicionales de descontaminación respiratoria en el afectado. No obstante, es fundamental priorizar la seguridad del personal de emergencias; el ingreso a entornos confinados o saturados con compuestos de alta toxicidad (como el cloro o el ácido sulfhídrico) exige estrictamente el uso de equipos de respiración autónoma (ERA) para prevenir que los rescatistas sufran una intoxicación secundaria durante la intervención. [74]

En cuanto a la utilización de antídotos no muchos tóxicos cuentan con antídotos específicos según se plantea en la bibliografía consultada, se plantea que ”existen

unos cincuenta antídotos y unas ciento cincuenta sustancias que se pueden utilizar para el tratamiento de las intoxicaciones” [75]

La disponibilidad de antídotos específicos para abordar intoxicaciones agudas es reducida, su impacto clínico varía según su mecanismo de acción. Los denominados antagonistas competitivos ejercen un bloqueo reversible sobre los receptores del tóxico y, debido a su elevada potencia farmacológica, logran estabilizar a pacientes críticos en periodos breves; a diferencia de otros fármacos que actúan meramente como soporte terapéutico. En este sentido, la implementación de protocolos basados en un uso racional de estos compuestos resulta fundamental para disminuir la morbimortalidad, disminuir la estancia hospitalaria y prevenir fallecimientos. [74,76]

El éxito de un antídoto depende directamente de la rapidez con la que se administre; por ello, ante una indicación clara, su aplicación debe ser inmediata. Esto justifica que el personal de asistencia extrahospitalaria disponga de estos fármacos. Asimismo, el médico puericultor-pediatra debe estar plenamente familiarizados con su uso. Con todo, cabe destacar que el antídoto no sustituye al abordaje inicial del menor intoxicado. Funciona únicamente como un coadyuvante de las medidas de soporte vital, de los protocolos de descontaminación orientados a frenar la absorción y de los métodos dirigidos a acelerar la eliminación del toxico. [76 - 79]

ANTÍDOTOS DE USO MÁS FRECUENTE [76 - 79]

Medicamento Grupo	Antídoto Mecanismo	Consideración Clínica / Alerta	Ref.
Paracetamol (Acetaminofén)	N-acetilcisteína.	Más efectivo si se administra antes de las 8 horas de la ingesta.	(77)
Benzodiacepinas	Flumazenil	Contraindicado en consumidores crónicos o sospecha de coingestión con tricíclicos por riesgo de convulsiones.	(76)
Opioides (Heroína, fentanilo)	Naloxona	Su vida media es corta (30-90 min); vigilar recurrencia de la depresión respiratoria.	(76)
Antidepresivos Tricíclicos	Bicarbonato de Sodio.	El ensanchamiento del QRS es el mejor predictor de arritmias ventriculares graves	(78)
Digoxina	Fragmentos Fab específicos (Digibind)	Indicado ante arritmias ventriculares refractarias o hiperpotasemia.	(76)
Antagonistas del Calcio	Gluconato o Cloruro de Calcio. Insulina a altas dosis.	Monitorear calcemia e hipopotasemia. El calcio por vía periférica puede causar necrosis tisular si extravasa.	(76)
Betabloqueantes	Glucagón	Suele inducir vómitos intensos; asegurar la vía aérea.	(76)
Anticolinérgicos	Fisostigmina.	Contraindicado absolutamente en sobredosis por antidepresivos tricíclicos (riesgo de asistolia) y trastornos de conducción.	(76)
Metahemoglobinemia	Azul de Metileno.	Contraindicado en pacientes con déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) por riesgo de hemólisis masiva.	(76)

Hierro	Deferoxamina.	Puede causar hipotensión si se infunde rápido. La orina puede teñirse de color rojizo ("vino de vinagrillo").	(76)
Raticidas Cumarínicos	Vitamina K1 (Fitomenadion)	La Vitamina K tarda horas en actuar; en sangrado activo grave se debe priorizar el Complejo Protrombínico o Plasma Fresco.	(76)
Monóxido De Carbono	Oxígeno Normobárico (100%) o Hiperbárico.	El oxígeno hiperbárico previene de forma más eficaz las secuelas neurológicas tardías del aclaramiento del gas.	(79)
Organofosforados	Atropina.	Único fármaco con capacidad de revertir la hiperestimulación muscarínica potencialmente letal. síndrome colinérgico: broncorrea, broncoespasmo, bradicardia	(76)

Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

El conocimiento de los toxídromes o grandes síndromes toxicológicos los cuales agrupan síntomas provocados por sustancias con características químicas afines resulta clave en la práctica clínica. Identificarlos correctamente permite al médico puericultor-pediatra emitir un diagnóstico rápido e iniciar terapias de emergencia de manera oportuna. [80,81]

Principales toxíndromes o síndromes tóxicos. [80,81]

Opioide/Narcótico: Causas comunes: Codeína, morfina, tramadol, fentanilo, metadona y derivados de la heroina. **Cuadro clínico:** coma, depresión del sistema nervioso central, bradicardia, hipotensión, bradipnea, hipotermia, miosis, piel fría, pálida o cianótica.

Simpaticomimético: Causas comunes: Cocaína, anfetaminas, cafeína, descongestionantes nasales (antigripales) **Cuadro clínico:** Agitación psicomotriz delirium, taquicardia, hipertensión, hipertermia, midriasis, diaforesis profusa.

Anticolinérgico: Causas comunes: Antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, atropina, plantas como el estramonio. **Cuadro clínico:** taquicardia, hipertensión, hipertermia, midriasis reactiva o fija, piel seca y eritematosa.

Colinérgico: Causas comunes: Insecticidas (organofosforados, carbamatos), setas (*Amanita muscaria*). **Cuadro clínico:** Confusión, coma, convulsión, bradicardia, broncorrea (muscarínico) taquicardia (nicotínico) miosis, piel húmeda, sialorrea, diaforesis.

Sedante-Hipnótico: Causas comunes: Benzodiacepinas, barbitúricos, alcohol (etanol). **Cuadro clínico:** Estupor, coma, ataxia, depresión respiratoria, hipotensión, pupilas isocóricas o midriasis leve, piel normal o fría.

El traslado al centro médico hospitalario se activará bajo determinados criterios clínicos y sociales. En primer lugar, se consideran prioritarias la inestabilidad hemodinámica y respiratoria, así como la necesidad de optimizar la terapia actual o realizar pruebas diagnósticas complementarias. Se debe derivar al menor ante la sospecha de deglución de baterías u otros cuerpos peligrosos, ingestión o exposición a sustancias potencialmente tóxicas, incluso en fases asintomáticas. En el plano de la salud mental y la protección del menor, se incluyen las tentativas de suicidio para su evaluación psiquiátrica y los indicadores de vulnerabilidad social, tales como el maltrato o la falta de garantías en los cuidados ambulatorios. Finalmente, se recomienda la recogida de los contenedores del tóxico y del material vomitado para facilitar el análisis toxicológico. [82,83]

El abordaje inicial del paciente con sobreingesta medicamentosa con intencionalidad autolítica requiere una evaluación protocolizada y sistemática en los servicios de urgencias, fundamentada en los siguientes pilares clínicos y legales: [82,83]

- Principio de sospecha y monitorización: Ante cualquier sospecha de intoxicación aguda, prevalece el criterio de seguridad sobre el relato del paciente. Se debe mantener al individuo bajo observación clínica continua, independientemente de la dosis inicialmente declarada.
- Descartar la ingesta de paracetamol: Debido a la toxicidad hepática latente y la frecuente coingesta oculta, es necesario confirmar o descartar su presencia mediante un test cualitativo en orina o la cuantificación de los niveles plasmáticos a partir de la cuarta hora postexposición.
- Evaluación del riesgo cardiovascular: Se debe realizar un electrocardiograma de forma inmediata para detectar signos precoces de cardiotoxicidad, especialmente ante la sospecha de ingesta de fármacos con potencial arritmogénico.
- Descarte de gestación: Es necesario investigar la existencia de un embarazo en mujeres en edad fértil priorizando este cribado en pacientes sin antecedentes de intentos previos.
- Evaluación psiquiátrica urgente: Se debe garantizar la valoración prioritaria por el equipo de salud mental una vez lograda la estabilidad hemodinámica, siguiendo estrictamente el protocolo de riesgo suicida.
- Cumplimentación de obligaciones legales: Como parte del procedimiento medicolegal obligado ante lesiones autoinfligidas, se requiere la redacción y emisión inmediata del parte de lesiones judicial correspondiente.

La caracterización de la flora con potencial tóxico en España evidencia una amplia distribución de especies nocivas que abarcan desde variedades silvestres autóctonas hasta plantas ornamentales de uso común en núcleos urbanos. Existen un gran número de especies vegetales capaces de inducir cuadros clínicos de intoxicación. A nivel institucional, el Ministerio de Sanidad ha catalogado formalmente estas variedades basándose en el aislamiento de metabolitos secundarios peligrosos, entre los que destacan los alcaloides y los glucósidos cardiotónicos. [84]

La proximidad de estas plantas a los ámbitos residenciales, jardines y áreas recreativas constituye un riesgo para la salud pública, donde los niños pequeños son el grupo demográfico más vulnerable debido a su tendencia de llevarse los objetos a la boca. En consecuencia, la exposición por vía tópica o digestiva demanda una intervención médica inmediata y diferenciada, con la aplicación de medidas de descontaminación y el posterior tratamiento farmacológico.[84]

A continuación, se presentan algunas de las especies vegetales que requieren especial precaución en el entorno español debido a su potencial irritante o tóxico:[84]

Adelfa (Nerium oleander): Es muy frecuente en parques y jardines. El contacto o la ingesta accidental de sus hojas o flores puede provocar malestar general y alteraciones en el ritmo cardíaco.



Acónito (Aconitum napellus): Se encuentra en zonas de montaña. Es importante evitar tocarla, ya que sus componentes pueden ser absorbidos por la piel y afectar al sistema nervioso.

Diefembaquia (Dieffenbachia): Muy común en interiores. Al masticar sus hojas, se produce una inflamación inmediata de la boca y la garganta que dificulta el habla y la deglución.

Tejo (Taxus baccata): Presente en bosques y parques antiguos. Sus frutos rojos son llamativos para los menores, pero contienen semillas que resultan peligrosas si se ingieren.

Ricino (Ricinus communis): Se utiliza a veces de forma ornamental. Sus semillas son la parte más peligrosa y no deben ser manipuladas ni ingeridas bajo ninguna circunstancia.



Flor de Pascua (Euphorbia pulcherrima): Típica de la época navideña. Su savia blanca es irritante para la piel y los ojos, y su ingesta suele causar trastornos: Típica de la época navideña. Su savia blanca es irritante para la piel y los ojos, y su ingesta suele causar trastornos digestivos.

Estramonio (Datura stramonium): Planta silvestre que aparece en solares o jardines descuidados. Produce síntomas graves como desorientación y visión borrosa.



Hortensia (Hydrangea macrophylla): Muy apreciada por su floración. Tanto las flores como las hojas pueden causar molestias estomacales y vómitos si se consumen accidentalmente.

Dedalera (Digitalis purpurea): Reconocible por sus flores tubulares. La ingestión de cualquier parte de la planta puede interferir gravemente con el funcionamiento del corazón.

Poto (Epipremnum aureum): Una de las plantas de interior más extendidas. Contiene sustancias que provocan irritación en las mucosas y sensación de quemazón.



Fuente de imágenes: Propias de la autora.

.

- MORDEDURAS Y PICADURAS DE ANIMALES.

Las lesiones por mordedura de fauna doméstica o silvestre representan una causa común de morbilidad, concentrando cerca del 1% de las urgencias médicas. La mayoría de las mordeduras son producidas por mamíferos, principalmente por caninos, seguidos de gatos y roedores. Los ataques de otros animales, como caballos o cerdos, muestran una incidencia notablemente inferior.[85]

Las agresiones por caninos representan la gran mayoría de las consultas por ataques de animales, constituyendo entre el 80% y el 90% del total. Esta problemática afecta predominantemente a la población pediátrica menor de 15 años, quienes suelen sufrir lesiones en el área facial, principalmente en la nariz, la boca y la zona periorbitaria en casi el 78% de las ocasiones. Además de las secuelas estéticas permanentes que sufre más de la mitad de las víctimas, estas heridas conllevan un alto riesgo bacteriológico debido a la presencia de *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* spp. y *Fusobacterium* spp. en la saliva del animal. Por su parte, los felinos tienden a causar lesiones punzantes profundas que inoculan patógenos como *Pasteurella* spp. o *Bartonella henselae*, lo que eleva la tasa de infecciones rápidas y complicaciones graves como artritis u osteomielitis. [85] Finalmente, las mordeduras de roedores se concentran en niños mayores de cinco años en zonas corporales expuestas, aunque su tasa de infección es menor. La profilaxis contra la rabia debe evaluarse de forma individual según las características específicas de cada país, ciudad o comunidad autónoma y del origen de la mordedura.[85,86]

El abordaje primario de una lesión por mordedura de mamífero en pediatría exige, en primer lugar, estabilizar al paciente aplicando el Triángulo de Evaluación Pediátrica. Posteriormente, se debe recopilar un historial clínico detallado que especifique las características del animal involucrado (si es doméstico o silvestre), su registro actualizado de vacunación y su procedencia geográfica. Asimismo, es crucial verificar el historial médico del menor, priorizando condiciones de riesgo como la asplenia o estados de inmunodepresión. Finalmente, el examen físico debe enfocarse en determinar la gravedad del traumatismo, identificando de forma inmediata hemorragias activas o lesiones que afecten a órganos internos y cavidades corporales.[83,85]

El manejo inicial de una herida en atención primaria se centra en una limpieza minuciosa, factor crucial para prevenir infecciones y evitar la transmisión de enfermedades. El procedimiento habitual consiste en la irrigación de la lesión con suero fisiológico, seguida de la aplicación de un antiséptico local. Asimismo, resulta

indispensable retirar los cuerpos extraños visibles y desbridar el tejido desvitalizado, evaluar el nivel de dolor para la oportuna administración de analgesia y la necesidad de profilaxis antimicrobiana, profilaxis postexposición frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de la Hepatitis B (VHB). Finalmente, la decisión de remitir al paciente a un nivel especializado dependerá de sus antecedentes patológicos, así como del tipo, localización y severidad de las lesiones.[85,86]

Los fallecimientos derivados de mordeduras de serpiente son sumamente inusuales en España; no obstante, los pacientes pediátricos constituyen el grupo con mayor susceptibilidad a sufrir cuadros clínicos graves. Los envenenamientos con afectación sistémica severa se deben de forma casi unánime a las víboras nativas del género *Vipera*. Pese a ello, se han registrado incidentes de menor gravedad por colúbridos opistoglifos como *Malpolon monspessulanus* y *Macroprotodon brevis*, encontrándose esta última especie también en el archipiélago balear. [87] Ante cualquier sospecha de inoculación, e independientemente de la ausencia inicial de síntomas, el protocolo exige la evacuación hospitalaria urgente para monitorización y observación. [87]

Los síntomas que denotan gravedad aparecen prácticamente desde el principio y la severidad del envenenamiento aumenta en las primeras 12-24 horas. Aunque los efectos citotóxicos y neurotóxicos del veneno de las culebras son de carácter leve, sus consecuencias clínicas pueden ser críticas. La fracción citotóxica genera inflamación a través de enzimas citolíticas y la activación del complemento, liberando sustancias vasoactivas (histamina, serotonina y bradicinina) que provocan edema severo, compromiso circulatorio, necrosis y un posible síndrome compartimental tratable mediante fasciotomía. Por su parte, la fracción neurotóxica bloquea la transmisión en la placa neuromuscular, con riesgo de parálisis que afecta a la deglución, el habla y la función respiratoria, pudiendo causar la muerte.[87]

El envenenamiento provocado por el género de vipéridos desencadena una respuesta fisiopatológica multisistémica debido a la sinergia de sus componentes citotóxicos y hemotóxicos.[87] En el sitio de la inoculación, la toxicidad celular se manifiesta inicialmente como dolor agudo y edema progresivo, con riesgo elevado de evolucionar hacia necrosis de tejidos y síndrome compartimental. A nivel sistémico, el veneno altera gravemente la cascada de la coagulación mediante el consumo crítico de protrombina, fibrinógeno y los factores V y X, lo que predispone al paciente a desarrollar anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada. [87] Adicionalmente, el compromiso de las fibras musculares y miocárdicas induce miólisis, arritmias y disfunción del gasto cardíaco. Esta destrucción muscular masiva

provoca mioglobinuria y hemoglobinuria, factores que, junto con la inestabilidad hemodinámica, incrementan la incidencia de lesión renal aguda y shock obstructivo o distributivo, sin descartar la posible presentación de reacciones anafilácticas mediadas por el veneno. [87,88]

El manejo inicial de un paciente pediátrico con mordedura de serpiente es crucial tanto en urgencias como en atención primaria. Este abordaje inicial debe guiarse por el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y el protocolo ABCDE. Los primeros auxilios consisten en lavar la lesión con solución salina y jabón antiséptico, elevar sutilmente la extremidad afectada y colocar un vendaje compresivo suave. Debido a que el dolor y la ansiedad son predominantes en los momentos iniciales, deben ser tratados de inmediato. Posteriormente, se debe trasladar al menor a un centro de segundo nivel, ya que los centros de salud no disponen de antídotos (suero antiofídico) por el peligro de reacciones anafilácticas; dichos sueros clínicos se deben suministrar estrictamente bajo vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.[53,54,87]

En el territorio español, la atención médica respecto a los arácnidos se concentra primordialmente en dos géneros de arañas: *Latrodectus*, como la viuda negra europea, cuyo veneno neurotóxico altera el sistema nervioso, y *Loxosceles*, conocida como araña parda o reclusa, que provoca necrosis y destrucción de los tejidos corporales.[89]

Por otro lado, entre los escorpiones, el alacrán común (*Buthus occitanus*) posee la picadura más severa, su ataque causa un dolor agudo acompañado de síntomas como fiebre y vómitos, rara vez compromete la vida de un adulto sano, requiriendo atención médica urgente de forma principal en niños o individuos alérgicos. Especies de menor tamaño y tonalidades oscuras, como el escorpión negro (*Euscorpius flavicaudis*), resultan prácticamente inofensivas, limitándose sus efectos a la aparición de lesiones locales como pápulas o pequeñas úlceras.[89]

Otras picaduras ocurren por garrapatas que pueden ser vector de enfermedades infecciosas (fiebre botonosa, enfermedad de Lyme) [89]

La valoración y estabilización del afectado dependen del TEP y del esquema ABCDE protocolizados, aplicados comúnmente en el ámbito extrahospitalario. Los cuidados primarios de la herida consisten en limpieza y desinfección, mantener el miembro en reposo, colocar hielo para ralentizar la absorción del veneno y pautar analgésicos. Ante manifestaciones sistémicas, es necesario estabilizar las funciones cardiocirculatoria, respiratoria y renal, hasta su traslado a servicios hospitalarios.[89,90]



Las picaduras de himenópteros muestran diferencias evolutivas clave entre especies; por ejemplo, las obreras de *Apis mellifera* fallecen tras picar debido al desprendimiento de su aparato inoculador, a diferencia de los vespídeos, que al preservarlo pueden atacar repetidamente. La toxicidad de su veneno radica en una mezcla de aminas biógenas, enzimas como la hialuronidasa y alérgenos proteicos que activan la respuesta inmune. A nivel clínico, las reacciones locales típicas incluyen eritema y dolor agudo en la zona afectada. Sin embargo, también pueden presentarse cuadros sistémicos de naturaleza tóxica o anafiláctica; estos últimos no dependen de la cantidad de veneno, sino del grado de sensibilización previa del paciente, lo que resalta la importancia de un diagnóstico y manejo protocolizado en la atención primaria pediátrica. [89,90]

Fuente de las imágenes: Propias de la autora.

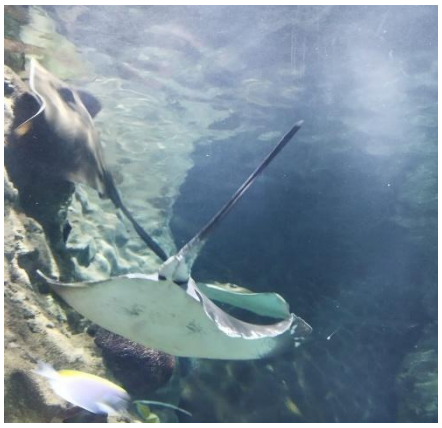


En el litoral español, las picaduras de cnidarios, tales como las anémonas y las medusas, constituyen la causa principal de atención médica por contacto con fauna marina. El roce con los filamentos de una medusa desencadena de inmediato un intenso dolor local acompañado de lesiones cutáneas lineales de tipo urticariante, que pueden evolucionar a vesículas o necrosis tisular. Aunque las complicaciones sistémicas son infrecuentes, existe riesgo de síncope en casos graves. El abordaje clínico inicial exige lavar la zona con suero fisiológico o agua marina para neutralizar y retirar los nematocistos remanentes. Posteriormente, se recomienda aplicar corticoides de uso tópico para aliviar la inflamación local, junto con analgésicos y antihistamínicos por vía oral; si el paciente presenta un compromiso general grave, debe ser remitido de urgencia a un centro hospitalario.[91]

Las lesiones provocadas por erizos de mar se identifican por un dolor agudo derivado de su morfología punzante. En el caso del pez araña, su pisada accidental da lugar a

perforaciones profundas en el tejido, las cuales albergan el potencial de desencadenar necrosis en la zona afectada. No obstante, la aparición de afectaciones orgánicas generalizadas o complicaciones sistémicas ocurre de manera muy minoritaria.[91]

Las familias de rayas *Dasyatidae* y *Myliobatidae* son las responsables de la mayoría de los envenenamientos reportados en personas. Estos animales viven semiocultos bajo el sustrato marino, las picaduras accidentales pueden ocurrir con frecuencia y provocan una respuesta dolorosa, aguda que se extiende rápidamente en cuestión de minutos. El compromiso sistémico del paciente puede incluir alteraciones graves como espasmos en los músculos y cuadros de shock. [91]



Las mordeduras de congrios y morenas suelen causar un daño grave en los tejidos afectados, sumado a una alta probabilidad de desarrollar infecciones posteriores.[91]



Fuente de imágenes: Propias de la autora.

El abordaje clínico de las picaduras por peces venenosos se centra en la remoción mecánica del aguijón o espina, asepsia local y desinfección de la herida. Para la neutralización de las toxinas termolábiles, se debe sumergir el miembro afectado en agua marina caliente durante 30 a 60 minutos y administrar analgesia para el dolor. La antibioterapia profiláctica no está indicada de forma rutinaria. El uso de antimicrobianos se reserva para casos de sobreinfección bacteriana, pacientes inmunodeprimidos o lesiones extensas. [91]

- LESIONES INTENCIONADAS

Las consultas por conductas autolesivas no suicidas, ideación suicida e intentos de suicidio constituyen motivos de consulta en las urgencias pediátricas y la atención primaria.[92]

Según el Manual Science Diagnostic (MSD) “El suicidio es la muerte causada por un acto de autolesión destinado a ser letal. El comportamiento suicida incluye el suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida (pensamientos e ideas)”. Este manual es un recurso para profesionales, que da explicaciones claras y practicas sobre afecciones en todas las especialidades clínicas. El manual MSD diferencia entre: [82]

- Ideación suicida: “proceso de pensar, considerar o planificar el suicidio.”
- Intento de suicidio: “comportamiento no letal potencialmente perjudicial dirigido contra uno mismo con la intención de morir como resultado de esa conducta.”
- Suicidalidad: “el espectro de posibles experiencias suicidas; no especifica si hubo ideación suicida o un intento de suicidio, o si la naturaleza de la ideación o intento fue crónica (o recurrente) o un evento aislado o múltiples eventos”.

El suicidio constituye la principal causa de mortalidad por motivos no accidentales en la población infantil y adolescente, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas. España.[35] Su etiología es multifactorial e incluye elementos de riesgo específicos como patologías psiquiátricas y psicológicas, el impacto de las redes sociales, el acoso escolar, el abuso sexual, las dinámicas familiares disfuncionales y el abuso de sustancias. El riesgo de conducta suicida se eleva de manera proporcional a la acumulación de estas variables, pero la ausencia de estos factores no descarta la ideación o el intento suicida, ya que está fuertemente condicionado por la gravedad de la crisis del paciente, sus mecanismos de afrontamiento individuales y la solidez de su red de apoyo sociosanitario y familiar.[82,92]

DISCUSION

Los accidentes en la infancia representan un importante problema de salud pública en España, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 14 años, especialmente en los primeros años de vida, según datos del Instituto Nacional de Estadística [31,34] Los accidentes domésticos constituyen una causa crítica de morbilidad e ingresos hospitalarios en la población pediátrica en su primera infancia. Diversos mecanismos de lesión, tales como caídas, lesiones térmicas, ingesta de tóxicos y ahogamientos se repiten de forma prevalente en la práctica clínica. La frecuencia de estos episodios responde a una correlación estrecha entre la evolución motriz del niño, su necesidad intrínseca de exploración ambiental y una inmadurez neurobiológica para percibir situaciones de riesgo.[8]

Las consecuencias de las lesiones no intencionadas para la sociedad, la familia y el niño/a constituyen una problemática de alta relevancia, se ponen de evidencia en muchas ocasiones en las consultas de pediatría, donde el puericultor y la enfermera pediátrica juegan un rol importante en su tratamiento y prevención.

CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES NO INTENCIONADAS PARA EL NIÑO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.[8,93-95]

Para el niño (La víctima)	Para los padres y la familia	Para la sociedad
Físicas: Desde heridas leves o fracturas hasta secuelas permanentes, discapacidades físicas, que limitan su funcionalidad y calidad de vida. Las **lesiones graves** pueden interrumpir la etapa de desarrollo natural del niño, obligándole a largos periodos de inactividad, inmovilización o ausentismo escolar. **Lesiones psicológicas:** Pueden desencadenar Trastorno de Estrés Postraumático, ansiedad, depresión, pesadillas, miedo a repetir la actividad que causó el accidente o a quedarse solo	**Emocionales:** Genera altos niveles de culpa, ansiedad, sensación de impotencia y, en casos de secuelas graves o fallecimiento, un dolor crónico que puede llegar a desestructurar el núcleo familiar **Laborales y Económicas:** Los largos ingresos hospitalarios o las necesidades de cuidados prolongados obligan a los padres a reducir su jornada laboral o abandonar el trabajo. Se suman los gastos médicos o las adaptaciones necesarias en el hogar. **Sociales:** La dinámica familiar cambia por completo, aislando temporalmente a los padres de su entorno social y de ocio dado que el cuidado del menor requiere una dedicación exclusiva	**Sanitarias y Económicas:** El costo de los tratamientos de urgencia, las cirugías, las Unidades de Cuidados Intensivos y las terapias de rehabilitación a largo plazo representan una gran inversión de recursos públicos y privados. **Pérdida** irreparable para el **relevo generacional y** productivo de la sociedad. **Cultura preventiva:** Las tragedias infantiles obligan a la sociedad a replantearse y endurecer sus normativas de seguridad, impulsando campañas de concienciación sobre el uso de sistemas de retención vehicular, seguridad en parques infantiles y prevención de riesgos en el hogar.

Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

La mayoría de las intoxicaciones en la infancia son accidentales, sin embargo, los intentos de suicidio se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes, donde en muchas ocasiones la sustancia implicada no es tóxica o la dosis ingerida es muy pequeña. Hay que tener en cuenta que estas situaciones a nivel familiar generan una gran ansiedad, por lo que mostrar una actitud empática, tranquilizar y dar normas preventivas para evitar nuevos episodios es función del médico puericultor-pediatra, tanto en las consultas de puericultura como en el servicio de urgencias donde se recibe el caso.

El médico puericultor-pediatra dispone de herramientas para fortalecer la educación de los padres y cuidadores, dentro de ellas podemos mencionar la elaborada por la sociedad española de urgencias pediátricas la cual ha elaborado una hoja de recomendaciones para las familias donde estas disponen de información, orientaciones precisas y medidas de prevención ante una lesión no intencional https://seup.org/hojas-informativas.

En algunas ocasiones, cuando ocurre una intoxicación según las circunstancias en las que se produce y siempre que existan antecedentes de episodios previos, será necesario informar a la Unidad de Trabajo Social del centro. Esta puede intervenir directamente o establecer una comunicación con los servicios sociales de zona. De esta manera pueden detectarse y abordarse situaciones de negligencia.[65]

Finalmente, si se sospecha que la intoxicación ha tenido lugar en el contexto de un maltrato se debe actuar de forma urgente, siguiendo los protocolos locales y comunicando la situación al Juzgado de Guardia.[65]

Martí y colaboradores consideran que los accidentes infantiles en el hogar representan un importante problema de salud pública en España, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 14 años, especialmente en los primeros años de vida. Los factores de riesgo en el estudio realizado por los autores incluyeron no solo la edad del niño y su nivel de desarrollo, sino también las características del entorno físico y la supervisión por parte de los cuidadores.[8]

El grupo PrevInfad ha actualizado sus recomendaciones sobre la prevención de lesiones infantiles por accidentes domésticos sugiriéndose realizar promoción y educación acerca de la prevención de accidentes infantiles en el hogar en la consulta de Atención Primaria, promoviendo la utilización de medidas de protección para

disminuir su morbimortalidad y recomendándose además no utilizar los andadores infantiles.[8]

Lo planteado demuestra el importante papel sobre la prevención y educación que juega el médico puericultor-pediatra en las consultas de programa de salud infantil y en todos los contactos que pueda tener con el niño/a y la familia. (Anexo)

Diferentes autores y organizaciones promueven medidas de prevención para los accidentes infantiles, estas se pueden agrupar según grupos de edades y según el lugar en que pueden ocurrir los mismos. [8,94,95]

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES SEGÚN LA EDAD. [93-96]

- **De 0 a 2 años:**

1. **Seguridad vial en el recién nacido:** Capacitación familiar sobre el traslado correcto del neonato desde el centro médico hasta el domicilio usando sistemas de retención infantil (SRI) autorizados.
2. **Control en la temperatura:** Control riguroso de la temperatura del agua de baño y medidas de prevención contra accidentes en la bañera.
3. **Seguridad contra incendios:** Medidas ante quemaduras y fuegos en entornos domésticos, con especial énfasis en la cocina.
4. **Protección contra caídas y golpes:** Supervisión constante y control de seguridad de áreas con desnivel, ventanas, tramos de escaleras y cercado perimetral en piscinas. Recomendaciones en contra del empleo de andadores tradicionales (taca-taca) debido a su riesgo asociado.
5. **Protección de:** Elementos potencialmente peligrosos, tales como tomas de corriente, esquinas de muebles y puntos de giro o ángulos en las puertas.
6. **Prevención de atragantamientos:** Protección de alimentos y de objetos pequeños e instrucción práctica a los padres y cuidadores en maniobras de desobstrucción de la vía aérea.
7. **Control y almacenamiento seguro de productos peligrosos:** Resguardo hermético y seguro de medicamentos, químicos y productos de limpieza.
8. **Salud ambiental:** Orientación a los padres sobre los riesgos de la exposición contaminantes ambientales, humo de tabaco y pautas adecuadas de protección solar.

- **De 2 a 6 años:**

1. **Prevención de accidentes viales:** Fomento de la educación vial y uso correcto de sistemas de retención infantil. Promoción del casco en ciclistas y motoristas, así como del cinturón de seguridad en automóviles. Directrices para la seguridad de los peatones y cumplimiento de las normas de circulación.
2. **Seguridad doméstica:** Pautas para el almacenamiento seguro de medicamentos y productos químicos peligrosos. Prevención de incendios en la vivienda (control del gas, detectores de humo y precauciones con pirotecnia).
3. **Entornos acuáticos y otros riesgos:** Medidas de seguridad en playas y piscinas. Protocolos para evitar el atragantamiento por cuerpos extraños.

- **De 6 a 16 años**

1. Seguridad en el automóvil y educación vial.
2. Sistemas de retención adecuados, uso del cinturón de seguridad, uso de cascos en motos.
3. Seguridad en la bicicleta, ciclomotor y monopatín. Respetar normas de tráfico.
4. Consejo antialcohólico en adolescentes. Desaconsejar consumo de otras drogas. Informar de los riesgos del consumo, sus efectos nocivos para la salud y la relación con accidentes.
5. Prevención de incendios en el hogar. Uso de petardos, quema de papeles. Uso de gas en el hogar de forma controlada. Sistemas de alarma.
6. Seguridad en las piscinas y en el mar. Saltos en las piscinas y zambullidas en el mar.
7. Prevención de intoxicaciones.
8. Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes

CONSEJOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES SEGÚN EL ENTORNO. [41,42,93-95]

Precauciones en el Hogar	Acciones preventivas.
	Cocinar en los fuegos del fondo y oriente los mangos de los utensilios hacia adentro para que no sobresalgan. Asimismo, extreme la precaución al trasladar alimentos calientes, reduciendo así el riesgo de tropezar con un menor.
	Almacenamiento seguro de los objetos punzantes y fuentes de fuego es vital. Herramientas de uso diario como tijeras, cuchillos o cuchillas de afeitar nunca deben quedar expuestas tras su uso; guárdalas de inmediato en cajones con pestillo de seguridad
	Nunca dejar sólo a un bebé en la bañera, incluso con poca agua.
	Mantener el suelo libre de humedad. En caso de utilizar alfombras, estas deben contar con una base o malla de caucho antideslizante.
	Controlar la temperatura del agua del baño, abriendo primero el grifo del agua fría y modulando después con el de agua caliente.
	Mantener los electrodomésticos desconectados durante la hora del baño infantil.
	Todos los domicilios deben disponer de interruptor diferencial y los enchufes, tener toma de tierra y estar protegidos.
	Las alargaderas deben estar protegidas para evitar su desconexión.
	Mantener fuera del alcance del niño cualquier objeto que suponga un riesgo de asfixia o corte, tales como juguetes inadecuados para su edad, tijeras, agujas o pilas de botón. Los fármacos y las sustancias toxicas deben almacenarse en lugares elevados y, de ser posible, bajo llave, asegurándose de no dejar envases peligrosos a la vista, aunque se encuentren vacíos. Se recomienda tener teléfono toxicología.
	Las bolsas de plástico pueden ser peligrosas porque pueden producir asfixia.

	Las cunas deben cumplir los requisitos recomendables de seguridad y se deben poner protectores para evitar traumatismos o caídas desde la cama.
	Las escaleras y las ventanas deben protegerse para evitar caídas.
	Revisar las calderas de gas por riesgo de intoxicación de monóxido de carbono.
	Las casas con chimenea de leña o eléctrica tienen mayor riesgo de que se produzcan quemaduras o incendios por lo que deben tener extintores.
	Si hay armas, deben estar ocultas, descargadas y fuera del alcance de los menores.
	Los animales domésticos deben estar correctamente vacunados, domesticados y adiestrados para evitar ataques y mordeduras.

Precauciones en la escuela	**Acciones preventivas.**
	Están reglamentadas las características de higiene y seguridad de los edificios escolares. Existe un plan de autoprotección, botiquines, educación para la salud para el alumnado y formaciones previas del profesorado.
	El personal conoce la dirección y teléfono del Servicio Médico y de Urgencias más próximo.
	Llamar urgente al teléfono de Emergencias 112.

Precauciones en la calle. Entornos deportivos	**Acciones preventivas.**
	El uso del casco para montar en bicicleta, patines, monopatín, esquí, snowboard.
	Enseñar al menor a nadar lo antes posible para prevenir los ahogamientos por inmersión.
	Llamar urgente al teléfono de Emergencias 112.

Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.

CONCLUSIONES

El puericultor juega un rol importante en la educación de la familia para la prevención de lesiones, dadas las consecuencias de las mismas para el niño, la familia y la sociedad, esta se llevará a cabo en la consulta de puericultura y en todo contacto que se realice en los servicios de urgencias, esta labor educativa estará encaminada para prevenir nuevos eventos y en la enseñanza de las maniobras sobre soporte vital básico, identificación y manejo de la obstrucción de vía aérea u otras lesiones que ponen en peligro la vida del niño.

La educación en la seguridad debe comenzar desde la infancia, la seguridad de los niños depende en su mayoría de los padres y las personas adultas que están con ellos, a través de los juegos y ejemplos, las personas adultas pueden enseñar y educar a los niños en sus hábitos diarios y básicos de seguridad.

En los accidentes infantiles, la edad y el entorno donde ocurren evolucionan con el desarrollo del niño. En los menores de cinco años ocurren generalmente en el hogar mientras que en los mayores de cinco años y adolescentes en escenarios fuera del mismo.

Reducir y prevenir la conducta suicida a través de acciones educativas, con particular atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad y riesgo es uno de los objetivos en la labor diaria del puericultor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.-Real Academia Española de la lengua. Accidente. Acceso Mayo 2026. https://dle.rae.es/

2.-Encyclopædia Britannica. (Año). Accident. En *Encyclopædia Britannica*. Acceso Mayo 2026. https://www.britannica.com

3.-Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025). Glosario de Promoción de la Salud. Acceso Abril 2026. https://www.who.int/es

4.-Guijarro Espadas, E. Cruz Ortega, A. Guijarro Espadas, E. Bernal Hertfelder, A. Guijarro Jiménez, A. Accidentes en la Infancia. Manual de Puericultura y Pediatría. 10ª Edición. 2024; 34: 526-554.

5.-Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (2026) Tasa de mortalidad infantil: definición y cifras actuales. Acceso Abril 2026. https://www.unicef.es/blog/salud/tasa-de-mortalidad-infantil-definicion-y-cifrasactuales.2025.

6-United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2026 [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2026. Acceso Mayo 2026. https://www.childmortality.org.

7.-Centers for Disease Control and Prevention website. Deaths: Leading causes for 2021. National vital statistics reports. Vol. 73, Number 4. Acceso Abril 2026. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr73/nvsr73-04.pdf. Updated April 8, 2024.

8.-Leyre Martí Martí. Prevención de lesiones infantiles por accidentes domésticos. En: Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado abril 2025. Acceso Mayo 2026. https://previnfad.aepap.org/recomendacion/accidentes-domesticos-rec

9.-Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Acceso Abril 2026. https://www.ohchr.org.

10.-Guijarro Espadas, A. Guijarro Espadas, D. Cruz Ortega, E. Bernal Hertfelder, E. Guijarro Jiménez, A. Importancia de la Puericultura. Manual de Puericultura y Pediatría. 10ª Edición. 2024; 1: 1-13.

11.-Arroñada, Silvia, «Aproximación a la vida de los niños en la Baja Edad Media», Meridies, VI, 1997, p. 57.

12.-Didier Lett. Género y juego infantil en las calles de finales de la Edad Media. Crítica Urbana. Revista de Estudios Urbanos y Territoriales Vol.6 núm. 30 Ciudades, infancias y juegos. A Coruña: Crítica Urbana, diciembre 2023. Acceso Mayo 2026. https://criticaurbana.com/wpcontent/uploads/2023/12/CU30-numero-completo-descarga.pdf

13.-Cabrera Sánchez, M. "Un texto pediátrico del siglo XIV: El Tratado de los Niños de Bernardo de Gordonio". Meridies. Estudios de Historia y Patrimonio de la Edad Media. UCOPress Editorial Univerdiad de Cordova. No.9:2011. 76-78. Acceso Mayo 2026. https://journals.uco.es/meridies/article/view/11782

14.-Wikipedia [Internet]. Enrique I de Castilla. Acceso Mayo 2026 https://es.wikipedia.org/wiki/Enrique_I_de_Castilla

15.-Sánchez Roldán, A. M. La vida infantil en la Edad Media. Anahgramas, (V), 2018:190-235. Acceso Mayo 2026. https://doi.org/10.21071/ahgm.v0iV.12211

16.-Sicnag. (2016). *1886 Benz Patent Motorwagen* [Fotografía]. Wikimedia Commons. This file is licensed under the Creative Commons Attribution 2.0 Generic license. Acceso Mayo 2026. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:1886_Benz_Patent_Motorwagen(29744182207).jpg

17.-Scheel, J. D. (1964). Les automobiles du monde entier. Fernand Nathan y dj demian y Hitler. Acceso Mayo 2026. https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_automocion.

18.-Galan M. Las primeras veces de la historia del automóvil: accidente, multa, semáforo. Acceso Mayo 2026. https://www.coches.net/noticias/primer-vezcoche-historia.

19.-Fernandez S. DGT: tal como éramos, tal como somos. Acceso Mayo 2026. https://revista.dgt.es/es/reportajes/2024/06JUNIO/0612-SUP-N270-historia-dgt-65-aniversario.shtml

20.-Dirección General de Tráfico. (28 de marzo de 2025). Comparativa Europea. España se consolida como un referente en seguridad vial. Ministerio del Interior. Acceso Mayo 2026. https://www.dgt.es/comunicacion/notas-de-prensa/20250328-espana-seconsolida-como-un-referente-en-seguridad-vial/

21.-Informe estadístico anual sobre seguridad vial en la unión europea. Comisión Europea. Acceso Mayo 2026. https://road-safety.transport.ec.europa.eu/

22.-Centers for Disease Control and Prevention website. Child health. Acceso Mayo 2026. https://www.cdc.gov/nchs/fastats/child-health.htm. Updated November 1, 2024.

23.-Centers for Disease Control and Prevention website. Deaths: Leading causes for 2021. National vital statistics reports. Vol. 73, Number 4. Acceso Mayo 2026. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr73/nvsr73-04.pdf.

24.-Xu JQ, Murphy SL, Kochanek KD, Arias E. Mortality in the United States, 2024. NCHS Data Brief. 2026 Jan;(548):1−14. DOI: Acceso Mayo 2026. https://dx.doi.org/10.15620/cdc/174641.

25.-Murphy SL, Kochanek KD, Xu J, Arias E. Mortality in the United States, 2023. NCHSData Brief. 2024 Dec;(521):1−13. DOI: Acceso Mayo 2026. https://dx.doi.org/10.15620/cdc/170564.

26.-World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD–10). 5th ed. 2016.

27.-Tejada-Vera B, Bastian BA, Curtin SC. Deaths: Leading causes for 2023. Natl Vital Stat Rep. 2025 Sep;74(10):1–115. DOI: Acceso Mayo 2026. https://dx.doi.org/10.15620/cdc/174607.

28.-Arias E, Xu JQ, Kochanek KD. United States life tables, 2023. Natl Vital Stat Rep. 2025 Jul 15;74(6):1−63. DOI: Acceso Mayo 2026. https://dx.doi.org/10.15620/cdc/174591.

29.-Parker JD, Talih M, Irimata KE, Zhang G, Branum AM, Davis D, et al. National Center for Health Statistics data presentation standards for rates and counts. Natl Vital Health Stat Rep. 2023 Mar;2(200):1−26. Acceso Mayo 2026. https://dx.doi.org/10.15620/cdc:124368.

30.-National Center for Health Statistics. Implementation of new data presentation standards for rates and counts for mortality Available from: NCHS; 2024 Acceso Mayo 2026. https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Dataset_Documentation/DVS/mortality/presentation-standards-mortality-2024.pdf

31.-Instituto Nacional de Estadística (INE) 2025. Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2024. Acceso Abril 2026. www.ine.es https://www.ine.es/

32.-Ministerio de Sanidad. Defunciones según la causa según la causa de muerte en España. 2024. Acceso Abril 2026.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2024_NOTA_TEC.pdf.

33.-Ministerio de Sanidad. Defunciones en 2023 y en 2024 y variación de las defunciones en 2024 con respecto a 2023, según grupo de edad. España. Acceso Abril 2026.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2024_NOTA_TEC.pdf.

34.-INE. (2025). Causas externas de mortalidad según grupo de edad. España. Población de 0 - 14 años. Año 2024. Acceso Abril 2026. www.ine.es

35.-INE. (2025). Defunciones por causas externas según edad y sexo. España. Año 2024. Acceso Abril 2026. www.ine.es

36.-INE. (2025). Estancias Hospitalarias según edad, dependencia hospitalaria y diagnóstico. España. 2024. Acceso Abril 2026. www.ine.es

37.-OMS. (2025). «Accidents and injuries". Acceso Febrero 2026. http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html.

38.-"Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años". Asociación Española de Pediatría. 2013. Acceso Mayo 2026. http://enfamilia.aeped.es/

39.-Vera López JD, Hidalgo Solórzano E, Pérez Núñez R. Riesgos de accidentes en el hogar: factores asociados y su efecto sobre la ocurrencia de accidentes en grupos vulnerables. Salud Publica Mex. 2022;64(2):196-208.

40.-Accidentes en la población infantil española. En: Fundación Mapfre; 2014 (en línea) Acceso Mayo 2026. www.fundacionmapfre.org/publicaciones/todas/informe-accidentes-en-la-poblacion-infantil-espanola/

41.-Prioridades para la salud infantil en la Unión Europea. En: Ministerio de Sanidad; 2020. [en línea] Acceso Enero del 2026. www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/ocioHogar/internacional/ue/alianzaEuropea/prioridadesSeguridadInfantil.htm

42.-Distribución de accidentes D.A.D.O. (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) en el año 2011 según distribución de la población. Acceso Abril 2026. https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/dado2011_2012.pdf

43.-Dirección General de Tráfico (DGT) (2024). Las Principales Cifras de La Siniestralidad Vial en España. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Edición 21.

44.-Torres-Criollo L, Saquicela A., Castañeda J., Cruz K. Traumatismo Craneoencefálico. Medicina De Urgencias Tomo 2. Puerto Madero Editorial Académica; 2022:44.333-356.

45.-González Balenciaga M. Traumatismo craneal. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) 4ª Edición. 2024; 18:1- 9

46.-Muñana-Rodríguez J, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. 2014; 11:24v. 2014; 11:24-35. Acceso Mayo 2026. https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/188.

47.-Gutiérrez Hernández CC. Traumatismo craneoencefálico en la infancia. En: Carbajal Valenzuela CC, coordinadora. Diversidad en el neurodesarrollo. 2023. p. 183-204. Acceso Mayo 2026. https://comunicacion-cientifica.com/wp-content/uploads/2024/02/143.-Diversidad-en-el-neurodesarrollo2.pdf

48.-OMS. 2024, Diciembre 13. Ahogamientos. Acceso Mayo 2026. https://www.who.int/es

49.-Haley Gianfrancesco; Britni T. Sternard. Affiliations. Louisiana State University. Last Update: September 15, 2025. Go to: Continuing Education Activity. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. Acceso Agosto 2026. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430833/

50.-Dezfulian C, McCallin TE, Bierens J, Dunne CL, Idris AH, Kiragu A, et al. 2024 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Focused Update on Special Circumstances: Resuscitation Following Drowning: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2024 dec 3;150(23): e501-e516. doi: 10.1161/CIR.0000000000001274. Acceso Agosto 2026. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39530204/

51.-Luis Cabezas, M. Maya Kuroiwa. Cuerpos extraños en vía aérea. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 22. Núm. 3. Páginas 252-409 (Mayo 2011) Acceso 2026. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cuerpos-extranos-via-aerea-S071686401170428X

52.-Navia-López LA, Cadena-León JF, Ignorosa-Arellano KR, Toro-Monjaraz EM, Zárate-Mondragón F, Loredo-Mayer A, et al. Ingesta de cuerpo extraño en pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel y factores asociados. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2022. Acceso Mayo 2026; 87(1):20-8. https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-vol-87-num-1-sumario-S0375090621X00055

53.-López-Herce Cid, J. Castillo J. Pons Morales, S. Manrique Martínez, I. Sebastián Barberán, V. Rodríguez Núñez, A. Escudero Lirio, M. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2026. DOI: 10.1016/j.anpedi.2026.504162. Acceso Mayo 2026. https://www.analesdepediatria.org/es

54.-European Resuscitation Council (ERC) Guidelines. Acceso Mayo 2026. http://www.uptodate.com

55.-Baldeón Ríos DA, Gavilanez Heras JP, Gavilanes Abad PV. Aspiración de cuerpo extraño en vía aérea pediátrica: diagnóstico y manejo. Una revisión de la literatura. Sapiens in Medicine Journal [Internet]. 2026. Acceso Mayo 2026;4(1):1-14. https://sapiensjournal.ec/index.php/sim/article/view/741

56.-Saquicela Espinoza, L. A., Vásquez, F., & Bustos Dután, C. E. (2022). Cuerpos Extraños En Aparato Respiratorio. Tesla Revista Científica, 9789(8788). Acceso Agosto 2025. https://Doi.Org/10.55204/Trc.V9789i8788.47

57.-Null, J. CCM, Muertes Infantiles por Golpes de calor en vehículos. Actualizado 2026. Departamento de Meteorología y Ciencias del Clima, Universidad Estatal de San José. Acceso Noviembre 2025. https://www.noheatstroke.org/

58.-Storch de Gracia P. Hipotermia/golpe de calor. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, editores. M. Cruz Manual de Pediatría. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2020. p. 1418-21.

59.-Kids and Car Safety. Hot Cars Resources [Internet]. Olathe (KS): Kids and Car Safety; 2026. Acceso Noviembre 2025. https://www.kidsandcars.org/hot-cars/media-resources

60.-Jiménez de Domingo A, Rubio García E, Marañon Pardillo R, Arias Constanti V, Frontado Haiek LA, Soriano Arola M, Ripoll Oliveras F, Remón García C, Estopiña Ferrer G, Lorente Romero J. Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año. An Pediatr (Barc). 2017 Jun;86(6):337-343. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.12.004. Epub 2016 Feb 9. PMID: 26869141. Acceso Mayo 2026. https:/www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869141/

61.-Angelats.CM, Gómez Barrena. V, Gorostiaga Allende. Laura, Vargas González. Estela, Ángel Sola. Judith, Baruque Rodríguez. Sara, Aparisi-Climent. Víctor, Arcos Machancoses. José Vicente, Pons Morales, Sara. Epidemiología y manejo de las quemaduras infantiles en los servicios de urgencias españoles: estudio multicéntrico del Grupo de Trabajo de Patología Traumática de la SEUP. Acceso Mayo 2026. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504267

62.-World Health Organization: WHO. (2023, 13 octubre). Quemaduras. Acceso Mayo 2026. https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/burns

63.-Casteleiro Roca MP. Nión Seijas MC. Trillo Carlín ME. Guía práctica de lesiones por quemadura. Guía n.º 5, 2.ª edición. 2024. Acceso Mayo del 2026. https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/G5_Queimaduras

64.-Pérez Ramírez, J. E., Cárdenas Suárez, L. E., & Gonzaga Jaya, A. M. (2022). Quemaduras. Tesla Revista Científica, 9789 (8788). Acceso Mayo 2026. https://Doi.Org/10.55204/Trc.V9789i8788.77

65.-Pérez Candás JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Formas clínicas del maltrato infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10;182-92

66.-Canelos Moreno JA, Williams Vargas LN, Hidalgo Bermúdez CA. Quemaduras en pediatría. Perspectivas Terapéuticas. Polo del Conocimiento [Internet]. 2021. 6(6):612-30. Acceso Mayo 2026 https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8017004 doi: 10.23857/pc.v6i6.2773

67.-Organización Mundial de la Salud. Tasa de mortalidad por intoxicación no intencional (por 100 000 habitantes). Ginebra: OMS; 2024. Acceso Mayo 2026. https://data.who.int/es/indicators/i/55CF708/84FD3DE

68.-Ramírez-Romero.J, Azkunaga. B, Mintegi.S- Intoxicaciones no intencionadas por productos del hogar en los servicios de urgencias pediátricas en España, Anales de Pediatría. Acceso Mayo 2026. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504337

69.-Mintegi S. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de intoxicaciones en Pediatría. Majadahonda: Ergon; 2012. Acceso Mayo 2026. http://seup.org/pdf_public/gt/intox_manual3_enr.pdf.

70.-Martínez-Sánchez L, Aguilar-Salmerón R, Pi-Sala N, Gispert-Ametller MÀ, García-Peláez M, Broto-Sumalla A et al. Disponibilidad en España de ‘‘one pill killers’’ y otros medicamentos altamente tóxicos en la infancia. Ann Pediatr (Barc). 2020; 93:380-395 Acceso Mayo 2026. https://www.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.012.

71.-Grupo de Trabajo en Intoxicaciones de SEUP. TOXSEUP. Acceso Mayo 2026. http://www.emedicine.com/emerg/TOXICOLOGY.htm.

72.-Nogué S, Amigó M, Fernández de Gamarra E, Martínez L. Carbón activado. Su rol en el tratamiento de las intoxicaciones agudas. Boletín de antídotos de Cataluña. 2022. Acceso Mayo 2026. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7778/butll_antidots_cat_2022_05_01_cas.pdf

73.-M. de la Torre Espí. Intoxicaciones más frecuentes. Pediatr Integral 2014; XVIII (5): 280-290. Acceso Enero 2026. https://www.pediatriaintegral.es//wp-content/uploads/2014/xviii05/01/280-290.pdf

74.-Navarrete-Ovalle. KE, Zavala-Villavicencio. KJ, Macías-Cando. AN, Rodríguez-López. Rodríguez-López. Intoxicaciones más frecuentes y sus principales complicaciones en los niños de 0 a 18 años de edad. Vol. 8, núm. 3. Julio-Septiembre, 2022, pp. 1824-1845. Acceso Mayo 2026. http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3

75.-Salmerón RA, Fernández de Gamarra Martínez E, García Peláez M, Gispert Ametller À, et al. Guía de antídotos para los centros de urgencias de atención primaria de Cataluña; 2023: 2 – 39. Acceso Mayo 2026. https://scientiasalut.gencat.cat/

76.-Torralbo Aranda. E. Antídotos de uso más frecuente en situaciones de urgencias. Revista Electrónica de Portales Medicos. Agosto, 2013. Acceso Mayo 2026. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/antidotos-uso-frecuente-situaciones-urgencias/

77.-Supervía A, Gispert M,A, Puiguriguer J, Álvarez Zabala PB, Martínez Sánchez L, Olmos S, et al. Intoxicación por paracetamol: comparación de dos pautas de tratamiento con N-acetilcisteína. Emergencias. 2025; 37:39-43. Acceso Mayo 2026. https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-37/numero-1/intoxicacion-por-paracetamol-comparacion-de-dos-pautas-de-tratamiento-con-n-acetilcisteina/

78.-Martínez L, Gómez F, Sánchez J. Cardiotoxicidad por antidepresivos tricíclicos y el rol del bicarbonato de sodio. Med Intensiva. 2024;48(1):23-31.

79.-Servicio Galego de Saúde (Sergas). Consellería de Sanidade; 2023. Anexo I: Antídotos en intoxicacións. Acceso Mayo de 2026. https://www.sergas.gal/

80.-Aki E, Abdurabu M, Elgassim M. Toxicology in Emergency Medicine [Internet]. Poisoning - New Insights. IntechOpen; 2025. Acceso Mayo 2026. https://doi.org/10.5772/intechopen.1010983

81.-Phalguni Sai Preethi Asapu, Thiagarajan Jaiganesh. You have a new patient!. Toxidromes (2024) Emergency Medicine for Medical Students and Interns. Acceso Mayo 2026. https://iem-student.org/2024/11/29/toxidromes-2024/

82.-Moutier C. Conducta suicida [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2026 [modificada ene 2026]. Acceso Mayo 2026. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida/conducta-suicida

83.-Martínez Sánchez L, Mintegi Raso S. Intoxicaciones. En: Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría [Internet]. 4ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024. Acceso Mayo 2026. https://seup.org/protocolos/

84.-Ministerio de Sanidad. Manual de plantas tóxicas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Acceso Mayo 2026. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/agenBiologicos/pdfs/1_PlantasToxicas_libro.pdf

85.-Mengarelli RH, Cevallos MV. Heridas agudas y crónicas causadas por picaduras y mordeduras de animales. Rev Argent Dermatol. 2014. Acceso Mayo 2026;95(1):49-55.https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2014000100010

86.-Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2026; Acceso Mayo 2026. https://vacunasaep.org/search/node/rabia

87.-Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de mordeduras en Atención Primaria y en nuestro medio. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:263-70. Acceso Mayo 2026. https://pap.es/articulo/12202/

88.-Sanz de Miguel MP, Arrudi Moreno M, Congost Marín S, Sancho Gracia E, López Ubeda M, Sancho Rodríguez ML. Mordedura de víbora: lesiones asociadas y pauta de actuación [en línea]. Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2021; 51: 35. Acceso Mayo 2026. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7881742

89.-González MA, Pradera C, de Blas R, Testa JE, Miranda MÁ, Barceló C. Descripción de cuatro casos por mordedura de araña atribuibles a Loxosceles rufescens (Araneae, Sicariidae) en España: revisión bibliográfica, identificación, biología, vigilancia y control integrado. Rev Salud Ambient. 2024;24(1):30-42. Acceso Mayo 2026. http://hdl.handle.net/10261/386452

90.-Pastrana J, Blasco R, Erce R, Pinillos M. Picaduras y mordeduras de animales. An Sist Sanit Navar [Internet]. 19 de diciembre de 2008.; 26:225-41. Acceso Mayo 2026. https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5024

91.-Fleta Zaragozano J. Mordeduras, picaduras y otras lesiones producidas por animales que viven en el agua. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2016; 46:10-18.

92.-Fernández Laffitte M, Puntí Vidal J, Esteve Cerdá M, Vilaseca García B, Gracia Liso R. Malestar emocional y conducta suicida en la consulta de Atención Primaria: manejo práctico en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2025; 27:299-307. Acceso Mayo 2026. https://doi.org/10.60147/6070d2e5

93.-Martínez Zapata J, Casado González L, Alegría Bes AV, Berlanga Carrera AL, Fuentes Viñuales P, García García S. Prevención de accidentes infantiles en el hogar y la comunidad: revisión bibliográfica desde la perspectiva de la Enfermería familiar y comunitaria. Ocronos [Internet]. 2025;8(6):597. Acceso Agosto 2026. https://revistamedica.com/prevencion-accidentes-infantiles-hogar-enfermeria-familiar/

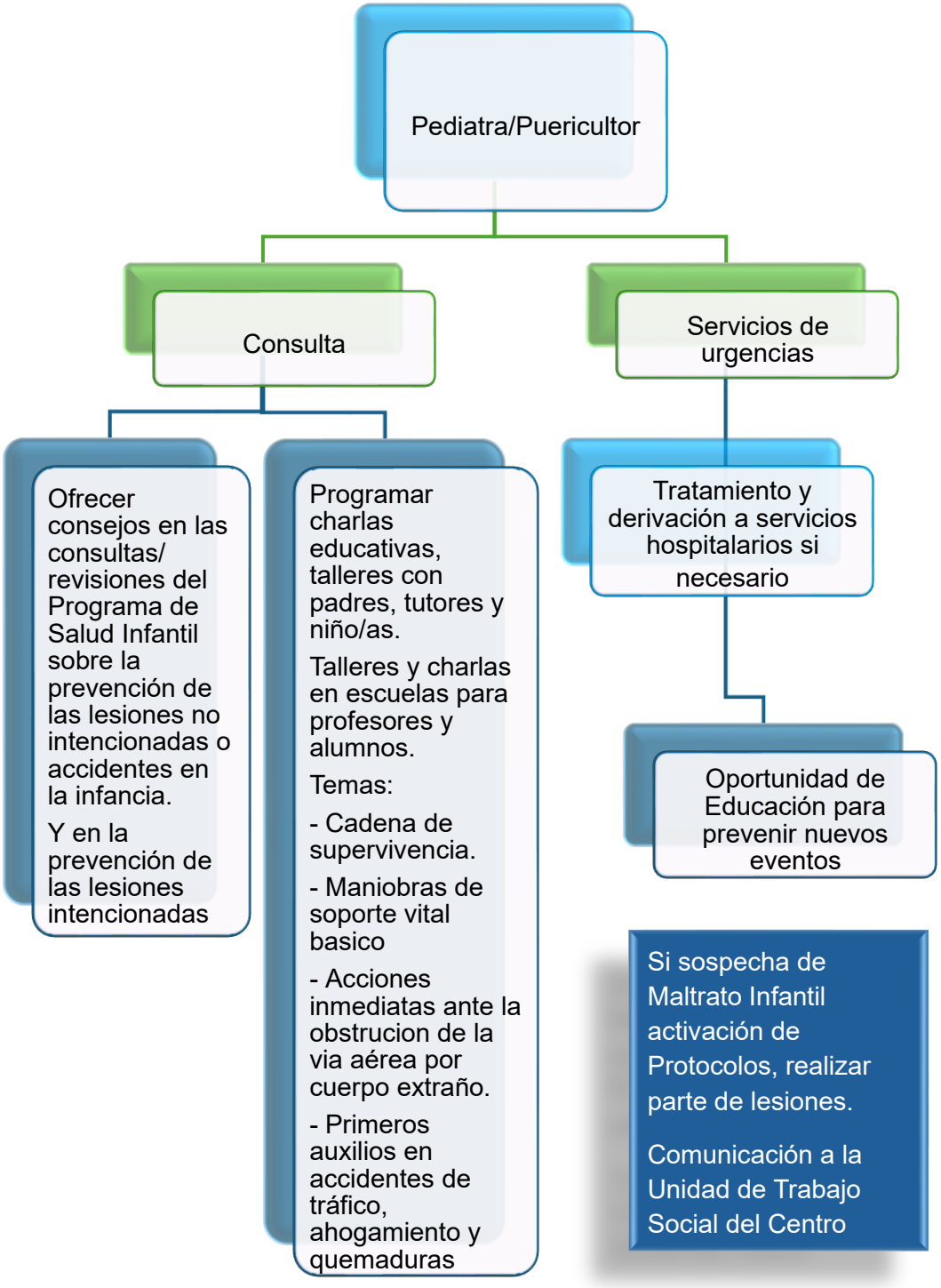
94.-Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A): Actividades individuales. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014. Acceso Mayo 2026. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/presidenciasanidadyemergencias/servicios/publicaciones/detalle/391525.html

95.- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Programa de salud infantil [Internet]. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009 Acceso Mayo de 2026. https://aepap.org/programa-de-salud-infantil-psi/

96.-Alianza Española para la Seguridad Vial Infantil (AESVI), Dirección General de Tráfico (DGT) [en línea]. Decálogo de la Seguridad Vial Infantil. 2018. Acceso Mayo 2026. https://aesvi.es/decalogo-seguridad-vial-infantil/

ANEXO

Propuesta de acciones a seguir por el Pediatra Puericultor.



Fuente: Elaboración propia. Basada en la revisión bibliografía.